CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXVIIe SESSION
BESANÇON, 2-7 AOUT 1923

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

Le Docteur A. SANTENOISE
Secrétaire général du Congrès

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1923

CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXVII[e] SESSION

BESANÇON, 2-7 AOUT 1923



CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXVIIe SESSION
BESANÇON, 2-7 AOUT 1923

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

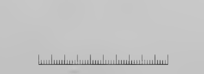
Le Docteur A. SANTENOISE

Secrétaire général du Congrès



PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1923



PRÉLIMINAIRES

PRÉSIDENTS D'HONNEUR

M. Bacou, Préfet du Doubs ;
M. Guillemaut, Préfet du Jura ;
M. Pierre Peugeot, Président du Conseil général du Doubs ;
M. Charles Dumont, Député, ancien Ministre, Président du Conseil général du Jura ;
M. le Général Nudant, Commandant le 7e Corps d'armée ;
M. Roux, Premier Président de la Cour d'Appel de Besançon ;
M. Saillard, Procureur Général près la Cour d'Appel de Besançon ;
M. Alengry, Recteur de l'Académie de Besançon ;
M. Krug, Maire de Besançon ;
M. le Médecin Principal de 1re classe Marotte, Directeur du Service de Santé du 7e Corps d'Armée ;
M. le Docteur Prieur, Directeur de l'Ecole de médecine de Besançon ;
M. le Docteur Brunschwig, ancien Président de la Société de médecine de Besançon ;
M. le Docteur Pactet, Conseiller Général du Jura ;
M. le Docteur Arnaud, ancien Président du Congrès ;
M. le Docteur Briand, médecin-honoraire des Asiles de la Seine ;
M. le Docteur Buffet, médecin de la Maison de Santé d'Ettelbrück ;
M. le Docteur Crocq, Professeur à la Faculté de Gand ;
M. le Docteur Deny, médecin-honoraire de la Salpêtrière, ancien Président du Congrès ;
M. le Docteur Klippel, médecin des Hospices de Paris, ancien Président du Congrès ;
M. le Docteur Jean Lépine, Professeur de Neuro-psychiatrie, Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, ancien Président du Congrès ;
M. le Docteur Henry Meige, Professeur à l'Ecole des Beaux-Arts, ancien Président du Congrès ;
M. le Docteur Pitres, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, ancien Président du Congrès.

BUREAU DU CONGRÈS

Président : M. le Docteur Henri Colin, Médecin en Chef du Service de l'Admission à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), à Paris, Secrétaire général et ancien Président de la Société Médico-Psychologique.

Vice-président : M. le Docteur E. de Massary, médecin des Hôpitaux de Paris, ancien Président de la Société de Neurologie.

Secrétaire général : M. le Docteur A. Santenoise, médecin-chef de service à l'Asile de Saint-Ylie (Jura).

Secrétaires des Séances :

M. le Docteur Frantz Adam (de Rouffach) ;
M. le Docteur Fouque (de Pierrefeu) ;
M. le Docteur Louis Parant (de Toulouse) ;
M. le Docteur Daniel Santenoise (de Paris) ;
M. le Docteur Bauer (de Stéphansfeld).

COMITÉ PERMANENT DU CONGRÈS

M. le Docteur Anglade (de Bordeaux) ;
M. le Docteur Klippel (de Paris) ;
M. le Docteur Lalanne (de Nancy) ;
M. le Docteur Aug. Ley (de Bruxelles) ;
M. le Docteur Henry Meige (de Paris) ;
M. le Docteur Semelaigne (de Paris).

Secrétaire permanent : M. le Docteur René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine).

DELÉGUÉS OFFICIELS

FRANCE

Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales : M. l'Inspecteur Général RONDEL, Secrétaire Général du Conseil supérieur de l'Assistance Publique.

Ministère de la Guerre : M. le Médecin-Major de 1re Classe JUDE, Professeur à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce.

Ministère de la Marine : M. le Médecin de 1re classe de la Marine HESNARD, expert neuro-psychiatre, Professeur à l'Ecole de Santé de la Marine, à Bordeaux.

Conseil Général de la Seine : M. RÉBEILLARD et le Dr CALMELS.

Commission de Surveillance des Asiles de la Seine : M. MICHEL, Conseiller à la Cour d'Appel de Paris.

Société Clinique de Médecine Mentale : MM. DUPAIN, président ; TOULOUSE, vice-président ; COLIN secrétaire général ; FILLASSIER, GUIRAUD, MARCHAND, secrétaires des séances ; LEROY, trésorier.

Société Médico-psychologique : MM. ANTHEAUME, président, TRUELLE, vice-président, COLIN, secrétaire général, René CHARPENTIER et CAPGRAS, secrétaires des séances.

Société de Médecine légale de France : MM. ANTHEAUME, Marcel BRIAND et ROUBINOVITCH.

Société de Neurologie de Paris : M. ANDRÉ-THOMAS, président ; CROUZON, vice-président ; Henry MEIGE, secrétaire général ; E. DE MASSARY, ancien président.

Société de Psychiatrie de Paris : MM. Marcel BRIAND, président ; LAIGNEL-LAVASTINE, secrétaire général ; DENY, KLIPPEL et VALLON.

BELGIQUE

Gouvernement belge : Ministère de la Justice : M. le Dr GLORIEUX, Inspecteur Général des Asiles et Colonies d'aliénés du Royaume, et M. le Dr Aug. LEY, Inspecteur des Asiles et colonies d'aliénés du Royaume, Professeur à l'Université de Bruxelles.

Société de Médecine mentale de Belgique : MM. Famenne (de Florenville) et Maere (de Gand).
Société belge de Neurologie : M. Vandervloet, vice-président ; MM. Crocq (de Gand) et d'Hollander (de Louvain).

DANEMARK

Faculté de Médecine de Copenhague : M. le Professeur Aug. Wimmer.

ESPAGNE

Société de Psychiatrie et de Neurologie de Barcelone : M. le Dr Belarmino Rodriguez Arias, secrétaire de la Société, Professeur adjoint à la Faculté de Médecine de Barcelone.
Académie et laboratoire des Sciences Médicales de Catalogne : M. le Dr Salvador Vives (de Salt).

ITALIE

Société Italienne de Neurologie : M. le Professeur G. d'Abundo (de Catania).

LUXEMBOURG

Gouvernement Luxembourgeois, Direction Générale des Finances et du Service Sanitaire : M. Welter (d'Ettelbrück).

POLOGNE

Faculté de Médecine de Varsovie : M. le Professeur K. Orzechowski.

SUISSE

Société Suisse de Neurologie : M. le Dr Schnyder, privat-docent (Berne).
Société Suisse de Psychiatrie : M. le Dr Repond, président.

SÉANCE D'OUVERTURE

SÉANCE D'OUVERTURE

Le jeudi 2 août, à 9 heures 30, au Théâtre municipal, s'est tenue la séance inaugurale de la XXVII[e] session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française, sous la présidence de M. Bacou, Préfet du Doubs.

Sur la scène du théâtre, spécialement aménagée pour la circonstance, avaient pris place, aux côtés de M. Bacou, président de séance, MM. les Présidents d'honneur et les Délégués cités aux pages précédentes, et les Membres du bureau du Congrès.

M. Bacou, Préfet du Doubs, prit le premier la parole pour souhaiter la bienvenue aux nombreux congressistes qui avaient répondu à l'appel des organisateurs. Il le fit dans les termes suivants :

Mesdames, Messieurs,

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait, en m'offrant la Présidence de la Séance d'ouverture de votre Congrès annuel. Je souhaite une cordiale bienvenue en Franche-Comté aux médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française, et je suis persuadé que, soit en excursion dans le Jura et dans le Doubs, soit lorsque vous visiterez notre ville de Besançon, vous aurez l'impression que la population est heureuse et fière d'accueillir des savants dont la plupart ont conquis une juste célébrité et qui, tous, ont droit à notre respect et à notre reconnaissance.

Je prie votre Président, le Docteur Henri Colin, dont la haute autorité nous est connue, d'agréer l'expression de notre très déférente sympathie et à vous tous, Mesdames, Messieurs, je vous souhaite, dans Besançon et notre région, un agréable séjour qui, je l'espère, vous inspirera le désir de revenir bientôt parmi nous. La Franche-Comté est une région touristique de premier ordre, assez peu connue encore. Si le temps est favorable, elle vous laissera le souvenir d'un pays frais et

feuillu, équilibré, modéré, arrosé d'eaux magnifiques. Les beaux sites se succéderont sur votre route. Besançon, plus grave, dont vous parlera, ce soir, mon ami, M. Gazier, vous intéressera par son pittoresque, ses pierres, son musée, et surtout sa très riche bibliothèque. Les Bisontins, qui vous offrent, spontanément aujourd'hui, le droit de cité, auront en vous, j'en suis certain, des amis de leur vieille ville.

Votre Congrès est ouvert. Vous allez mettre en commun le résultat de vos travaux sur un des plus passionnants problèmes qui puisse émouvoir l'humanité. En votre science, nous espérons pour prévenir, soigner, guérir les maladies mentales et nerveuses. Entre vos mains sont livrés nos malheureux frères frappés du mal terrible et mystérieux. Je disais que vous avez droit à notre reconnaissance parce que nous savons que tous ceux qui sont ici ont employé tous les efforts de leur vie à transformer l'idée trop simpliste qu'on se faisait, il y a cinquante ans, de la folie, à rendre les méthodes de traitement plus humaines, plus miséricordieuses et partant plus efficaces, enfin à prêcher et à convaincre d'une guérison que vous voulez toujours possible. Aussi, vous donnons-nous aujourd'hui, sans arrière-pensée et en toute confiance, la chair misérable et l'esprit dément de nos pauvres malades ; soyez-en remerciés.

J'aurais voulu, comme les administrateurs qui ont ouvert vos précédents Congrès, signaler à votre attention les caractéristiques que présente, au point de vue de vos travaux, la région où vous siégez. Or, notre distingué médecin-chef à l'Asile de Saint-Ylie, le Docteur Santenoise, Secrétaire Général du Congrès actuel, estime que la Franche-Comté est un coin de France où les maladies mentales et nerveuses ne sont remarquables, ni par leur nombre, ni par la singularité des cas observés. Nous serions même plutôt favorisés en constatant moins de cas, plus bénins, et une plus grande quantité de guérisons que dans la moyenne des autres régions. C'est une bonne fortune pour nous. Nous n'avons qu'un point faible : c'est le climat des hauts plateaux du Jura, où les températures rigoureuses et les neiges qui bloquent les montagnards dans leurs maisons pendant de longs mois d'hiver, obligent les habitants à consommer de grandes quantités d'alcool, dont l'excès pourrait amener, chez eux ou chez leurs descendants, le développement de troubles pathologiques. Il

faut croire que l'influence apaisante de nos vallées, de nos pâturages, de nos forêts, que l'air merveilleux qu'on y respire, il faut croire surtout que le travail, honoré dans ces contrées, ont su dissiper les toxiques de l'alcool.

Messieurs, j'ai été fort intéressé par les abondants comptes rendus de vos Congrès et, notamment, par le remarquable exposé du Professeur Dupré, en 1921, à Strasbourg. Il y traitait de l' « Interpsychologie morbide » et des réactions mentales mutuelles qu'on observe entre les malades et leur entourage. Il se plaçait surtout, m'a-t-il semblé, au point de vue des dangers que courent les malades par suite de l'incompréhension thérapeutique de cet entourage, qui influe sur eux à contre-sens. Les remarques du Professeur Dupré emportent l'assentiment unanime. Mais, à la lecture de ces belles pages, on ne peut se défendre d'être saisi d'effroi. Il n'y a pas que des malades reconnus comme tels, il y a aussi des demi-malades, et je crois, d'ailleurs, que tous ceux qui pensent s'étagent en une hiérarchie mentale bien impressionnante et bien difficile à définir. Je crois aussi que les réactions mentales s'exercent aussi du malade ou du demi-malade sur l'esprit normal ou qui se croit tel.

Permettez-moi cet appel, plus sérieux qu'il ne paraît à sa forme irrévérencieuse et humoristique : ne ferez-vous rien pour apprendre aux gens normaux à se garantir des influences de toutes sortes qui les pénètrent ? Je suis très inquiet pour ce pauvre esprit normal. Il a son hérédité obscure et formidable qui le presse tout d'abord, il est entouré de tous ces malades, à des degrés divers, avec lesquels il doit vivre et faire commerce, à son grand péril, il n'a plus à s'accommoder seulement des courants terrestres et de l'électricité atmosphérique, il lui faut compter aussi avec les ondes innombrables et sournoises, de toutes les longueurs, à noms cabalistiques, que les savants propagent aujourd'hui dans l'éther avec leurs machines ; demain, il faudra se garer de forces occultes qui sortiront des romans-feuilletons pour venir se faire étudier passionnément par vous-mêmes, dans vos laboratoires. Je vous assure qu'un esprit, dit normal et sain, court de pressants dangers. Si vous n'y veillez, il nous faudra édifier des Asiles départementaux pour les derniers esprits normaux afin de les isoler, de les protéger et d'en conserver la graine. N'hésitez pas, ne faites pas de choix, prenez-nous tous sous

votre sauvegarde et indiquez-nous quelle gymnastique préventive notre esprit doit adopter pour conserver son apparence de lucidité. Soignez-nous, mais pas trop, n'imposez pas aux esprits de tous les hommes un moule identique, sans quoi la vie serait parfaitement ennuyeuse.

Messieurs, pardonnez-moi cette digression, oubliez-la, j'ai l'honneur de vous inviter à commencer vos travaux.

M. Rondel, Inspecteur général des services administratifs, représentant du Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, prononce l'allocution suivante :

C'est un privilège que l'Inspecteur Général des Services administratifs conserve avec un soin jaloux, que la traditionnelle désignation du doyen du corps de contrôle des services d'hygiène et d'assistance pour représenter l'administration supérieure au Congrès annuel des aliénistes et neurologistes. Elle n'oublie pas, en effet, qu'elle a compté dans son sein d'éminents spécialistes comme inspecteurs généraux des asiles et, d'autre part, elle a à cœur de maintenir la liaison entre les services administratifs et les services techniques de son ressort ; et lorsqu'il arrive que ce doyen n'a pas l'honneur d'être médecin, son intérêt pour vos travaux n'en est pas moins profond, car il s'attache à préparer dans le domaine des réalisations la coopération de la science avec les autorités publiques, pour le plus grand bien des malheureux.

Si M. Paul Strauss, Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, avait pu se rendre personnellement dans cette enceinte, il n'aurait pas manqué d'évoquer le souvenir de la visite qu'il a faite, il y a deux mois, aux côtés de M. le Président de la République, dans cette région, berceau de la famille de Pasteur, où se célèbre le centenaire de la naissance du grand savant ; il vous aurait remerciés au nom du Gouvernement d'avoir choisi ce lieu pour vos assises de 1923, et il aurait ajouté, sans doute, que votre œuvre ressemble particulièrement à l'œuvre pasteurienne par l'esprit de méthode rigoureuse et la persistance inlassable avec laquelle vos investigations se poursuivent, le soulagement de l'humanité étant son suprême objectif.

Aussi le concours de M. Paul Strauss et de ses collaborateurs vous est-il entièrement acquis, et, si j'ai un regret, c'est

de n'avoir pas songé à vérifier avant de venir ici si tous ceux de vos vœux dont la sanction dépend de son pouvoir avaient reçu satisfaction définitive.

Il ne faut pas craindre de rappeler vos desiderata administratifs d'année en année, comme cela se fait au Conseil supérieur de l'Assistance publique en plein accord avec le Ministre lui-même, et j'ai mission de vous donner l'assurance qu'à cet égard tout ce qui est faisable sera fait au fur et à mesure des possibilités successives.

Votre existence est déjà ancienne. Je vous souhaite de la prolonger pendant de longues années encore dans l'esprit de haute compréhension des questions sociales qui vous a animés jusqu'à ce jour.

La parole est ensuite donnée à M. le Médecin-Major de 1[re] classe Jude, Professeur au Val-de-Grâce, Délégué du Ministre de la guerre.

Monsieur le Préfet,
Monsieur le Président du Congrès,
Mesdames, Messieurs,

En me faisant l'honneur de me désigner pour le représenter auprès du 27[e] Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française, Monsieur le Ministre de la Guerre m'a chargé de vous assurer du grand intérêt qu'il prend à vos travaux, et de son désir d'y associer le Service de Santé de l'armée.

En vous saluant à cette séance d'ouverture, je ne puis m'empêcher de reporter ma pensée vers l'année 1909, où, pour la première fois, le Ministre de la Guerre envoya au Congrès de Nantes un délégué qui fut pour moi, un maître, un chef et un ami, j'ai nommé le regretté Médecin Inspecteur Simonin.

Vous aviez inscrit à l'ordre du jour de vos séances la question des aliénés dans l'armée et désigné comme rapporteurs un aliéniste de carrière et un de nos anciens de la médecine militaire.

L'avenir a montré la justesse des vœux que vous aviez formulés à la fois pour le temps de paix et pour le temps de guerre.

Permettez-moi de détacher un de ces vœux, auquel les événements de ces dernières années ont donné une consécration si éclatante :

« Qu'on admette en principe, disiez-vous, que le service psychiatrique dans l'armée, en temps de paix comme en temps de guerre, ne peut être complètement assuré que par la collaboration intime des aliénistes professionnels et des médecins militaires. »

Cette collaboration intime que vous demandiez dès le temps de paix, l'événement en a montré jusqu'à l'évidence l'absolue nécessité, non seulement dans le domaine de la neuro-psychiatrie, mais encore dans toutes les branches qui, d'une façon constante, sollicitent à un si haut degré le travail en commun des médecins du cadre actif et du cadre complémentaire, tous cordialement unis en permanence pour protéger la santé physique et mentale du soldat dans l'intérêt supérieur du Pays.

Permettez-moi, puisque l'occasion m'est offerte, de parler au nom du Service de Santé de l'armée, de vous remercier de votre courtoisie accueillante à l'égard des médecins militaires et de vous dire en mon nom personnel combien je suis heureux de me retrouver au milieu de vous.

M. le Médecin de 1re classe HESNARD se félicite de l'honneur qui lui est fait d'être délégué du Ministre de la Marine. Il pourra dire à ses chefs avec quelle cordialité il a été reçu à Besançon. Il adresse un souvenir au professeur Régis, dont il a subi l'empreinte dès le début de sa carrière médicale.

Après avoir salué la Franche-Comté, patrie de Pasteur, il termine en souhaitant au 27e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes une pleine réussite.

M. le Professeur LEY de l'Université de Bruxelles :

Chargé, avec M. l'Inspecteur général Glorieux, de représenter le Gouvernement belge à ce Congrès, je vous apporte les vœux sympathiques de vos amis belges, pour la pleine réussite de cette réunion scientifique.

Nous connaissons votre accueil, toujours si cordial et si plein de bonne grâce, qui fait que chacun de nous ici se sent bien vite de la famille !

Mais cette année, ma mission à cette assemblée officielle a un caractère particulièrement agréable. Elle peut abandonner le terrain de l'expression platonique de notre reconnaissance collective.

Je suis chargé, en effet, de vous exprimer, tant au nom du Gouvernement qu'au nom des psychiatres et des neurologues belges, le grand plaisir que nous aurions à vous recevoir en Belgique, l'an prochain, si l'assemblée de ce Congrès veut bien confirmer sa décision de se réunir à Bruxelles en 1924.

Je vous prie de croire que ce sera pour nous une véritable joie que de vous rendre l'hospitalité que tant de fois vous nous avez accordée.

M. le Docteur Welter, représentant le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg :

En apportant au Congrès qui vient de s'ouvrir les meilleurs saluts et les meilleurs vœux de réussite du gouvernement luxembourgeois, j'accomplis une tâche qui me remplit d'agrément.

D'abord parce qu'elle me permet de proclamer tout haut la satisfaction du peuple luxembourgeois de voir la première étape de l'union des trois pays, la France, la Belgique et le Luxembourg, réalisée par un traité économique commun élaboré pendant les derniers mois. Ce rattachement économique ne permettra pas seulement une collaboration intellectuelle des trois pays, mais provoquera petit à petit une communion d'âmes.

Pour nous, Luxembourgeois, se rapprocher de la France, se nourrir de sa science et de sa littérature, c'est réaliser de plus en plus notre propre personnalité nationale. Notre âme, en s'affinant, en s'harmonisant, se découvre tout d'un coup et presque naturellement dans l'atmosphère spirituelle française. Et c'est pourquoi ces quelques jours de Congrès qui nous permettent de nous retremper dans la science psychiatrique — je dirais presque dans la science la plus française — nous procurent, à côté des plaisirs intellectuels les plus intenses, des sentiments de bien-être presque familial. C'est que les idées les plus abstraites et les plus arides prennent vie et charme quand le génie français y touche.

M. le Docteur Repond, délégué de la Société suisse de Psychiatrie :

Monsieur le Préfet, Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

J'ai l'honneur de vous apporter, au nom de la Société suisse de Psychiatrie, nos salutations amicales et confraternelles, ainsi que l'expression de nos vœux les plus chaleureux pour la réussite de votre Congrès.

Le nombre important de médecins venus de différentes parties de la Suisse vous est d'ailleurs un sûr garant de la profonde sympathie que nous éprouvons pour vous et du grand intérêt que nous apportons à vos travaux.

Nous sommes heureux que ce Congrès, auquel vous nous avez conviés ait lieu dans cette charmante ville de Besançon, à laquelle nous unissent tant de souvenirs et dont nous avons déjà pu, dès notre arrivée, apprécier la beauté, la grâce pittoresque et l'affable accueil,

Mesdames et Messieurs,

A l'heure actuelle, la médecine mentale s'est, en Suisse, sous l'impulsion notamment du maître zurichois Bleuler, orientée vers des horizons en partie nouveaux. Elle attribue, par exemple, une importance accrue au contenu psychologique des affections mentales et cherche à trouver dans celui-ci non seulement des explications pour leur genèse, mais aussi des indications thérapeutiques plus ou moins immédiates.

Soyez persuadés, néanmoins, que nous ne sommes nullement oublieux de la grande dette de reconnaissance que nous avons contractée auprès de la psychiatrie française et que les maîtres illustres qui furent et qui sont la gloire de la science française reçoivent aussi chez nous le même tribut d'admiration auquel leurs travaux leur ont donné droit.

Malgré vos propres recherches absorbantes, vous avez, Messieurs, gardé un intérêt très vif pour la science étrangère et, comme toujours, vous tenez à n'ignorer aucun des mouvements de la pensée contemporaine.

C'est ainsi que vous avez mis la question de la psychoanalyse à l'ordre du jour de votre Congrès, nous donnant l'occasion d'une discussion approfondie et qui sera, j'en suis sûr, fructueuse.

Nous vous sommes extrêmement reconnaissants de l'aimable accueil que vous nous avez fait, nous sommes heureux de

nous trouver au milieu de vous, nous espérons que les liens de mutuelle sympathie et de franche amitié qui nous ont toujours unis deviendront encore plus intimes et que les relations entre nos sociétés-sœurs se feront plus fréquentes et plus suivies.

M. le Docteur Schnyder (de Berne) :

C'est un grand honneur pour moi que de prendre ici la parole au nom de la Société Suisse de Neurologie et, par une extension qui me sera permise, au nom de mes collègues suisses participants au Congrès.

Nous sommes venus à Besançon en amis, en voisins aussi, heureux de pouvoir participer aux travaux d'une réunion scientifique qui synthétise si bien les efforts de la neuropsychiatrie en France et dans les pays de langue française. Mais, si nous avons franchi la frontière du Jura, ce n'est pas seulement pour entrer en contact plus étroit avec les représentants aimés et honorés de la science française, c'est aussi, tout simplement, parce que nous aimons la France, le grand et noble pays qui, quoi qu'en veulent bien penser certains esprits mal informés à l'étranger, maintient hautement dans le monde son rayonnement traditionnel de justice, de fraternité et de paix.

C'est dans ce sentiment que j'apporte au Congrès de Besançon nos vœux de réussite les plus chaleureux.

M. le Professeur Wimmer, de Copenhague :

Monsieur le Préfet, Monsieur le Président,
Messieurs,

En acceptant, avec empressement, votre gracieuse invitation à se faire représenter au Congrès des aliénistes et neurologistes de France, et en m'envoyant vous présenter ses meilleurs vœux pour vos travaux scientifiques, la Faculté de médecine de Copenhague a désiré, avant tout, exprimer sa profonde sympathie et son admiration pour la psychiatrie française.

La psychiatrie française, source de la psychiatrie du monde, n'a jamais perdu, à travers un siècle, son empreinte originale de clarté latine, d'observation clinique fine et pénétrante, de synthèse scientifique sobre et logique.

Inutile de citer les noms célèbres des grands aliénistes français au siècle passé ! Mais il ne s'agit pas là d'une psychiatrie devenue « historique ». La psychiatrie française est toujours vivante, toujours créante !

Il n'y a que quelques semaines, vous avez célébré la mémoire de votre illustre Magnan, qui a continué et approfondi l'œuvre de Morel. Faut-il que j'ajoute à ces grands noms ceux d'un Ballet et du regretté Dupré ?

Et autour de ces savants, combien d'aliénistes français de nos jours qui ont, tous, par leurs travaux scientifiques remarquables, collaboré à l'évolution de nos idées sur la pathologie mentale.

La psychiatrie française est donc toujours en marche vers des connaissances plus amples et plus intimes de ces mystérieuses maladies mentales, vers l'élaboration finale de cette haute science de l'esprit humain qu'est la psychiatrie. En marche, aussi, vers une gloire scientifique toujours croissante !

Nous autres, savants des petits pays, et pour lesquels la psychiatrie française est restée la source des sources, nous pouvons seulement assister à votre progrès vers les cimes de la science, en vous saluant, en vous admirant, en vous aimant !

M. le Docteur Salvador Vivès, Médecin-Directeur du Manicomi de Salt (Gérone), délégué de l'Académie et Laboratoire des Sciences Médicales de Catalogne (Barcelone) :

Mesdames, Messieurs,

En invitant l'Académie et Laboratoire des Sciences Médicales de Catalogne à se faire représenter officiellement au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, le distingué secrétaire permanent nous a donné une preuve de sympathie qui a été hautement appréciée et à laquelle le bureau de notre société a donné suite avec le plus grand empressement.

C'est donc au nom de l'Académie et Laboratoire des Sciences Médicales de Catalogne que j'ai l'honneur d'adresser un cordial salut aux membres du Congrès.

Mais en dehors de ma flatteuse mission officielle, je remplis ici un devoir tout amical ; et ce n'est donc pas, croyez-le

bien, avec le sentiment d'accomplir un acte protocolaire de courtoisie internationale, c'est avec une très sincère et joyeuse émotion que je viens vous apporter le salut et les vœux de mes confrères catalans.

Le rôle que je remplis aujourd'hui m'est personnellement des plus agréables. Introduit parmi vous en 1920, j'ai eu, depuis, quelques occasions, notamment au Congrès du Centenaire de la Thèse de Bayle et au Congrès d'Hygiène Mentale, de me mêler à des hommes dont j'admire le caractère et dont je partage en même temps la mentalité professionnelle et l'idéal scientifique.

De plus, je trouve à vos réunions scientifiques un charme tout particulier. Vos réunions, Messieurs, ont une qualité bien française : on y travaille en conservant le sourire.

Et ainsi, je souhaite, au nom de mes collègues catalans comme à mon nom propre, à ce Congrès de Besançon, la pleine réussite de ses importants et féconds travaux.

Le Président du Congrès, M. le Docteur Henri Colin, prend place au fauteuil de la présidence et prononce le discours suivant :

Monsieur le Préfet,
Mesdames, Messieurs,

Permettez-moi d'abord, Monsieur le Préfet, de vous remercier des paroles si aimables que vous venez de prononcer en nous accueillant dans la capitale de la Franche-Comté. Vous y avez ajouté l'exposé d'idées fort originales qui ne manqueront pas de porter leurs fruits et qui engageront nos collègues, je n'en doute pas, à diriger leur attention sur les problèmes que vous leur avez si ingénieusement signalés. Ces problèmes dépassent un peu, du reste, le cadre de la psychiatrie et de la neurologie car ils présentent un côté psychologique et social qui ne vous a pas échappé. Au surplus toutes les sciences sont entre elles dans un état d'interdépendance qu'on ne saurait méconnaître.

Je vous remerciais tout à l'heure de l'accueil si aimable que vous nous avez fait. Mais je m'en voudrais de ne pas ajouter que depuis mon arrivée à Besançon, cet accueil a été partout le même, qu'il s'agisse de la Mairie, de la Préfecture, de l'Université ou des différents corps constitués auxquels nous nous sommes adressés.

C'est grâce à cette bienveillance exquise, à cette courtoisie toujours en éveil que notre distingué secrétaire général, notre collègue M. le Dr Santenoise a pu mener à bien l'organisation toujours si difficile de ce congrès ; c'est grâce à elle aussi que notre secrétaire permanent, M. le Dr Charpentier, a pu appliquer les qualités de clarté, d'ordre et de régularité qu'il aime à apporter à tout ce qu'il entreprend. Je ne parle pas de moi : assisté de secrétaires semblables, le rôle du Président est celui d'un roi fainéant qui se contente de se laisser vivre.

A l'aide de tous ces concours, le Congrès actuel s'ouvre sous les auspices les plus favorables. Et ceci est d'autant plus remarquable que notre réunion se partage entre deux départements, le Doubs et le Jura, le département du milieu et le département d'aval du pays Franc-Comtois, comme on disait au début de la Révolution.

Des deux côtés, nous avons rencontré des sympathies agissantes et une aide matérielle des plus importantes. Nous serions des ingrats si, dès maintenant, nous n'adressions pas l'expression de nos plus vifs remerciements aux Conseils généraux du Doubs et du Jura.

Vous nous disiez hier, Monsieur le Préfet, que la Franche-Comté n'offre rien de saillant à signaler au point de vue de la neuropsychiatrie. C'est tout à son éloge.

Je ne sais si la parole de Jean Boyvin, au siège de Dole, est toujours vraie : « Toute mon ambition se termine à vouloir être tenu pour naïf et véritable Franc-Comtois », mais ce que nous ne pouvons oublier c'est que, pour ne pas quitter le terrain médical, ce pays a produit Desault, Bichat et Pasteur.

Et pour rentrer dans le domaine spécial qui est le nôtre, il me plaît de rappeler que celui qui eut le premier l'idée de fondre dans un même Congrès la Psychiatrie et la Neurologie, ce fut le Professeur Brissaud, le Maître trop tôt disparu de beaucoup d'entre nous.

Celui dont Dupré disait au Congrès de Pau, Béarnais de Paris et Parisien de Pau, Brissaud était né à Besançon.

Mais bien d'autres raisons encore militaient en faveur du choix de votre ville pour la tenue d'un Congrès de médecins de France et de langue Française.

Je ne voudrais pas empiéter sur le domaine de M. Georges Gazier qui fera revivre devant nous, ce soir, l'histoire si captivante du Franc-Comté de Bourgogne, mais il me sera permis de dire que nul endroit ne se prêtait mieux à la récep-

tion de nos collègues Belges, nos alliés héroïques et nos fidèles amis. Leur séjour ici leur rappellera, ainsi qu'à nous-mêmes, des souvenirs communs. La Flandre et la Franche-Comté ont eu à souffrir les mêmes souffrances de la main du Duc d'Albe et ils se souviennent peut-être aussi du fils de l'illustre Granvelle qui était Cardinal de Malines. Mais ici il convient peut-être de ne pas trop insister.

Et les Suisses, auxquels nous devons tant de reconnaissance pour les soins qu'ils ont donné pendant la grande guerre à nos blessés et à nos rapatriés !

Eux aussi, au cours de leur histoire, ont été intimement mêlés et de façons diverses aux affaires de la Franche-Comté.

En vérité, vous le voyez, nul endroit ne pouvait être mieux choisi pour nous réunir, d'autant plus que nous partagerons notre temps entre Besançon et Dole, les deux pôles de la Comté.

Je dois maintenant souhaiter la bienvenue aux délégations qui nous font l'honneur d'assister à ce Congrès.

M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales nous a délégué M. l'Inspecteur Général Rondel. Nous le connaissons de longue date et nous savons quel rôle actif il remplit au Secrétariat général du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

M. le Ministre de la Guerre s'est fait représenter par M. le Professeur agrégé Jude, de l'Ecole de Médecine du Val-de-Grâce, dont vous avez pu apprécier les communications si intéressantes dans nos Sociétés de Médecine Mentale.

M. le Ministre de la Marine a délégué comme tous les ans notre collègue M. Hesnard, professeur à l'Ecole de Santé de la Marine, qui a bravé la fatigue de deux congrès, celui de Bordeaux pour l'avancement des Sciences, où il présidait une section, et celui où vous l'entendrez exposer la Psychoanalyse.

Le Conseil général de la Seine nous a envoyé deux de ses membres, M. Rebeillard et M. le Dr Calmels, deux de nos plus fidèles amis, auxquels, depuis de longues années, l'assistance de nos malades est tout particulièrement redevable.

La Commission de Surveillance des asiles de la Seine a tenu, comme tous les ans, à se faire représenter. Elle nous a délégué un de ses membres les plus distingués, M. Michel, Conseiller à la Cour d'appel de Paris.

Le Gouvernement belge s'est fait représenter par M. le Dr Glorieux, l'éminent Inspecteur Général des Asiles et des Colo-

nies d'Aliénés du Royaume, un vieil ami à moi, puisque nous nous sommes connus à la Salpêtrière dans le service de Charcot, et M. le D[r] Aug. Ley, professeur à l'Université de Bruxelles, dont vous connaissez tous la science étendue et l'activité dans tous les domaines de la psychiatrie.

Le Gouvernement Luxembourgeois s'est fait représenter par M. le D[r] Welter que nous sommes particulièrement heureux de revoir parmi nous.

Vous me permettrez maintenant d'énumérer seulement le nom des délégués des différentes sociétés savantes de France et de l'étranger.

La Société Médico-psychologique nous a délégué MM. René Charpentier et Henri Colin membres de son Bureau, la Société clinique de Médecine mentale, en plus des membres de son bureau nous a délégué son Président M. Dupain et un de ses secrétaires M. Fillassier, la Société de Psychiatrie, son président M. Marcel Briand, son secrétaire général M. Laignel-Lavastine et deux de ses anciens présidents MM. Deny et Klippel, la Société de neurologie son président M. André Thomas, son vice-président M. Crouzon, son secrétaire général M. Henri Meige et son ancien président M. de Massary ; la Société de Médecine légale un de ses anciens présidents M. Marcel Briand.

La Société Belge de Neurologie nous a envoyé son vice-président M. Vandervloet, son secrétaire général M. Crocq et M. d'Hollander.

La Société Belge de Médecine mentale est représentée ici par MM. Famenne et Maere.

La Société Suisse de Psychiatrie nous a délégué son président, M. le D[r] Repond, et le Professeur Schnyder représente la Société Suisse de Neurologie.

La Faculté de Médecine de Copenhague s'est fait représenter par M. le Professeur Aug. Wimmer, la Société neuro-psychiatrique et la Faculté de médecine de Barcelone nous a délégué M. Belarmino Rodriguez, en même temps que M. Salvador Vivès représente l'Académie et le Laboratoire des sciences médicales de Catalogne.

Nous avons reçu de nombreuses lettres d'excuses de M. le Préfet du Jura, de M. Peugeot, Président du Conseil général du Doubs, de M. Dumont, député et Président du Conseil général du Jura, de M. Saillard, Procureur général près la Cour d'Appel de Besançon, de M. Alengry, Recteur de l'Aca-

démie de Besançon, de M. Krug, Maire de Besançon, de M. le Dr Forman, du Luxembourg, de M. le Dr Veraguth, Président de la Société suisse de Psychiatrie, de M. le Professeur Orzechowski, qui devait représenter la Faculté de médecine de Varsovie, de M. le Professeur Georges Robertson, d'Edimbourg, président de la Médico-psychological Association of great Britain et Ireland, de M. le Dr Weir Mitchell, président de l'American psychiatric association, de M. le Dr d'Abundo de Catane, Président de la Société italienne de Neurologie, d'un certain nombre de médecins des asiles publics de France, etc., etc., et enfin un télégramme de M. le Dr Buffet, d'Ettelbrück.

Mes chers collègues, avant de commencer nos travaux, je vous propose de désigner comme Présidents d'honneur du Congrès :

M. Bacou, Préfet du Doubs ;
M. Guillemaut, Préfet du Jura ;
M. Pierre Peugeot, Président du Conseil général du Doubs ;
M. Charles Dumont, Député, ancien Ministre, Président du Conseil général du Jura ;
M. le Général Nudant, Commandant le 7e Corps d'armée ;
M. Roux, Premier Président de la Cour d'Appel de Besançon ;
M. Saillard, Procureur Général près la Cour d'Appel de Besançon ;
M. Alengry, Recteur de l'Académie de Besançon ;
M. Krug, Maire de Besançon ;
M. le Médecin Principal de 1re classe Marotte, Directeur du Service de Santé du 7e Corps d'Armée ;
M. le Docteur Prieur, Directeur de l'Ecole de médecine de Besançon ;
M. le Docteur Brunschwig, ancien Président de la Société de Médecine de Besançon ;
M. le Docteur Pactet, Conseiller Général du Jura.
M. le Docteur Arnaud, ancien Président du Congrès ;
M. le Docteur Briand, médecin-honoraire des Asiles de la Seine ;
M. le Docteur Buffet, médecin de la Maison de Santé d'Ettelbrück ;
M. le Docteur Crocq, Professeur à la Faculté de Gand ;
M. le Docteur Deny, médecin-honoraire de la Salpêtrière, ancien Président du Congrès ;

M. le Docteur KLIPPEL, médecin des Hospices de Paris, ancien Président du Congrès ;

M. le Docteur Jean LÉPINE, Professeur de Neuro-psychiatrie, Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, ancien Président du Congrès ;

M. le Docteur Henry MEIGE, Professeur à l'Ecole des Beaux-Arts, ancien Président du Congrès ;

M. le Docteur PITRES, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, ancien Président du Congrès ;

(Adopté).

Comme secrétaires des séances je vous propose les noms de :

M. le Docteur Frantz ADAM (de Rouffach) ;
M. le Docteur FOUQUE (de Pierrefeu) ;
M. le Docteur Louis PARANT (de Toulouse) ;
M. le Docteur Daniel SANTENOISE (de Paris) ;
M. le Docteur BAUER (de Stéphansfeld).

(Adopté).

M. Henri COLIN prononce ensuite le discours d'ouverture du Congrès.

De l'Evolution des Idées sur la Folie au cours du siècle dernier

En inaugurant la présidence à laquelle vous m'avez fait l'honneur de m'appeler, mon intention n'est pas de faire une leçon savante qui aurait le double résultat de ne rien apprendre à des collègues et d'ennuyer une partie de mon auditoire où, au milieu de personnalités éminentes, mais étrangères à notre spécialité, les dames, qui sont la parure de nos congrès, ont bien voulu apporter le charme de leur présence.

Je veux simplement, dans une large revue d'ensemble, étudier quelle a été l'évolution des idées sur la folie au cours du siècle dernier, montrer comment à un effort de synthèse où l'importance sociale du problème qui nous occupe était au premier plan, a succédé un besoin d'analyse, qui, tout en dissociant les symptômes observés, n'en a pas modifié sensiblement l'aspect général pas plus qu'il n'a remédié aux conséquences qui peuvent en résulter pour la collectivité.

Dans les sciences plus exactes que ne l'est la médecine, on assiste en général au phénomène inverse. L'analyse précède toujours la synthèse.

Mais ici il fallait aller au plus pressé ; à la suite de la rénovation sociale apportée par la Révolution Française, le sort misérable fait aux malades du cerveau ne pouvait manquer d'intéresser au plus haut point les esprits généreux. Il fallait les protéger, les assister et au besoin les rendre inoffensifs !

On n'était pas sans savoir qu'il y avait des maladies mentales, on connaissait leurs formes les plus essentielles.

Déjà, pour Hippocrate, la folie était tout simplement une maladie du cerveau : « C'est par là que nous pensons, com-« prenons, voyons, entendons, que nous connaissons le laid « et le beau, le mal et le bien, l'agréable et le désagréable. « C'est encore par lui que nous sommes fous, que nous déli-« rons, que des craintes et des terreurs nous assiègent, soit « la nuit, soit après la venue du jour, des songes, des erreurs « inopportunes, des soucis sans motif. » (1). Siège de la folie, le cerveau était aussi le siège de l'intelligence ; il en était

(1) *Maladie sacrée*, p. 14.

l'interprète, le messager ; doctrine qui, on le voit, n'est pas neuve, « quoiqu'il ait fallu arriver presque jusqu'à nos jours pour la mettre hors de contestation » (1).

Cependant, dès la Renaissance, on revenait aux saines idées d'Hippocrate, et ces idées, reprises par les philosophes et les encyclopédistes, sont celles qui règnent à la fin du XVIII[e] siècle.

Plus tard, au grand souffle de la Révolution, préparée par la philosophie du XVIII[e] siècle, on vit s'épanouir cette floraison étonnante de savants, d'hommes de bien, tous unis par le même esprit de solidarité humaine, par le même désir de soulager la souffrance.

Nulle part cette floraison ne fut plus riche qu'en France sous la forte impulsion de Pinel, d'Esquirol, amis de Cabanis.

A mesure que se groupaient les éléments d'étude, les formes des désordres de l'esprit se précisaient, et leur classification s'imposait. Parallèlement à la recherche scientifique se dressait un problème d'ordre éminemment social, l'assistance de l'individu, la protection de la collectivté et souvent aussi du malade lui-même. Il fut résolu par l'adoption de la loi de 1838, bientôt copiée dans la plupart des pays étrangers et qui restera, quoi qu'on fasse, une des lois les plus bienfaisantes, les mieux adaptées à leur objet qu'un Parlement ait jamais votées.

L'effort de nos prédécesseurs avait abouti à des résultats positifs au double point de vue scientifique et social. Alors se manifestèrent deux tendances qui se sont perpétuées jusqu'à nos jours. D'une part, sous l'influence de la découverte des lésions de la paralysie générale, et revenant ainsi à des idées anciennes que confirmait la nouvelle découverte, on s'efforça de rapporter à des désordres anatomo-pathologiques les différents symptômes observés chez les aliénés, d'autre part, on voulut partir d'une psychologie soi-disant normale pour apprécier les troubles du jugement et de la raison constatés chez les malades.

Ces deux tendances persistent encore et s'augmentent depuis ces dernières années d'une troisième hypothèse, à savoir le trouble de fonctions biologiques, condition de l'altération de l'intelligence et cause réelle des troubles mentaux.

Que devons-nous penser de ces orientations diverses ?

---

(1) SEMELAIGNE. — *Etudes historiques sur l'Aliénation mentale dans l'Antiquité.* Paris, 1869, p. 75.

Les immenses progrès que les recherches anatomo-pathologiques ont permis à la neurologie de réaliser devaient forcément inciter les chercheurs à appliquer les mêmes méthodes à la pathologie mentale, et cela d'autant plus que l'une des formes les plus fréquentes de l'aliénation est constituée par le syndrome paralytique.

Mais, en dehors de la Paralysie Générale, des malformations anatomiques congénitales du cerveau chez les idiots, les arriérés, certains épileptiques, dans la démence précoce ou les dégénérescences dues au ramollissement ou à la démence organique, dans les délires aigus, dans toutes les affections, en un mot, ayant comme base naturelle une altération des éléments constitutifs du cerveau, les recherches anatomo-pathologiques ont donné peu de résultats et, *a priori*, ne pouvaient en donner de très importants.

En effet, la grande masse des psychoses échappe aux investigations anatomo-pathologiques telles qu'elles dérivent de la méthode employée en Neurologie, pour cette excellente raison que la lésion anatomo-histologique est absente. De là, l'obligation de limiter les recherches à un petit groupe d'affections, de là cette multiplicité de travaux sur un seul objet, la Paralysie générale, dont on pourrait dire que pendant trois quarts de siècle elle a absorbé au point de vue anatomo-pathologique, la presque totalité de l'activité scientifique des Aliénistes et celle des Neurologistes jusqu'à la venue de Duchenne de Boulogne, de Charcot, de Vulpian, etc., etc.

Mais en même temps l'Ecole Clinique brillait de tout son éclat. Jusqu'en 1900, on s'est astreint à classer les troubles de l'intelligence dans des cadres précis, à en délimiter les analogies et les différences, à en dégager les types qui, pour être abstraits, comme le sont ceux de toutes les maladies, — suivant le mot fameux, il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades, — n'en répondent pas moins à une exigence de l'esprit pour se guider dans la confusion des manifestations morbides.

A cet égard, Magnan a joué un rôle de tout premier ordre, après Esquirol, Morel, P. Falret, Baillarger, Calmeil, avec Jules Falret, Lasègue, Ritti, Christian pour ne parler que des disparus.

C'est ainsi qu'au prix d'efforts répétés on a pu constituer une synthèse des maladies de l'esprit, synthèse qui, en dépit de toutes les critiques, a bien sa valeur.

Plus tard, s'appliquant surtout à la recherche de la genèse des délires, on a pensé que les désordres biologiques et, en particulier, les troubles des glandes à sécrétion interne, pouvaient servir à la déceler. Ici, malgré l'importance attribuée à la maladie de Basedow, au myxœdème, au crétinisme, il faut bien avouer que les résultats n'ont pas répondu à l'attente, et cela non seulement dans le domaine de la psychiatrie, mais aussi sur le terrain purement neurologique, où ils ne suffisent pas à expliquer tous les symptômes observés.

Enfin, nous assistons actuellement à l'épanouissement d'une nouvelle méthode de recherches biologiques qui porte sur la presque totalité des humeurs. Ici encore, on comprend fort bien qu'on puisse obtenir des résultats d'une précision relative lorsqu'il s'agit de phénomènes physiologiques déjà connus dans leur ensemble (circulation, digestion, etc., etc.) ou de lésions certaines (paralysie générale). Je dis d'une précision relative car, encore une fois, il est impossible d'assimiler complètement un phénomène vivant à une expérience de laboratoire.

Mais que dire lorsqu'il s'agit d'un trouble de la pensée, d'une psychose pure en rapport étroit avec une disposition constitutionnelle héréditairement acquise ? Peut-on rattacher l'attaque épileptique à un choc hémoclasique, comme on a voulu le faire il n'y a pas bien longtemps ? Comment dès lors expliquer que chez certains épileptiques à crises fréquentes on voit ces crises disparaître complètement pendant un temps assez prolongé pour ensuite se reproduire avec plus de fréquence et plus de violence qu'auparavant ? N'y a-t-il pas eu de choc hémoclasique pendant cette période intercalaire ? Comment le soutenir ?

Pour toutes les expériences de laboratoire, il faut toujours revenir au Maître de la méthode expérimentale, à Cl. Bernard qui, soit dit en passant, bien que médecin lui-même, se méfiait des médecins. « Il eut toujours au plus haut degré, « dit Paul Bert, ce double sentiment, que la physiologie sera « la base nécessaire d'une médecine sûre d'elle-même, et que la « physiologie actuelle est encore bien éloignée de fournir quel- « que certitude pratique. Ses propres découvertes, il en sen- « tait toute l'importance comme fondement de l'édifice médi- « cal, mais il ne partageait pas les illusions de ceux qui, avec « un empressement dont il a bien souvent souri, les transpor- « taient dans le domaine des applications cliniques ou théra-

« peutiques. Ce sentiment des distances, qui eût découragé « de moins vaillants, ne l'émouvait nullement, et il n'avait « pas besoin, pour être fort et persévérant, de l'enivrement « des illusions. Aussi, lui qui enseignait que la médecine est « ou doit être une science, se montrait-il fort sceptique au « regard des médecins et, quand il en parlait, il semblait « toujours que l'ombre de Sganarelle passât devant lui. »

Il convient tout d'abord de partir d'une hypothèse raisonnable. Ensuite, suivant la méthode Cartésienne, ne « recevoir jamais aucune chose pour vraie qu'on ne la connaisse évidemment être telle ».

En dehors de ces règles, on ne fait pas à proprement parler de l'expérimentaiton, on fait de l'empirisme. Ici encore, écoutons Cl. Bernard : « La méthode expérimentale a pour « but de trouver le déterminisme ou la cause prochaine des « phénomènes de la nature. Le principe sur lequel repose « cette méthode est la certitude qu'un déterminisme existe, « son procédé de recherche est le doute philosophique, son « critérium est l'expérience...

« Si le sentiment fait taire la raison, nous sommes hors « de la science et nous arrivons dans les vérités irrationnel- « les de foi ou de tradition. Si la raison n'invoque pas sans « cesse l'expérience, nous tombons dans la scolastique et « sous la domination des systèmes ; si l'expérience se passe « de raisonnement, nous ne pouvons pas sortir des faits, et « nous croupissons dans l'empirisme. »

Vouloir attribuer à des lésions cérébrales, à des modifications biologiques ou à des troubles psychologiques toutes les altérations de l'esprit, c'est pour moi faire œuvre vaine, partir d'une idée préconçue et s'efforcer, sans raison, d'y rattacher les faits observés.

Si nous connaissons les phénomènes provoqués par l'excitation de l'écorce, nous ignorons tout ou à peu près de la morphologie normale du cerveau dans ses rapports avec l'intelligence. C'est donc la base même qui nous fait défaut.

C'est pourquoi, à mon avis, les recherches de laboratoire, les observations physiologiques et biologiques ne peuvent nous mener bien loin dans l'étude des maladies mentales. On constate des faits, de menus faits, et ces constatations sont elles-mêmes contredites par d'autres expérimentateurs. Mais la constatation de ces faits est par elle-même impuissante, en l'absence d'un lien commun qui les rattache entre eux, à

nous expliquer pourquoi une certaine catégorie d'individus délire, alors que d'autres individus soumis aux mêmes influences ne présenteront aucun trouble mental. Nous sommes en présence très probablement de malformations morphologiques de l'ensemble du cerveau, que nous ignorons jusqu'à présent et qui entraînent une vulnérabilité plus grande, une sensibilité plus aiguë à réagir sous une influence déterminée. Lorsqu'on voit, malgré l'influence prépondérante de la civilisation, de l'éducation, du milieu, sur la formation des idées et de l'intelligence, la facilité avec laquelle le cerveau revient à des impressions premières, à des conceptions enfantines, à la suite du trouble apporté dans son équilibre par un événement tel que la guerre, ou à la suite de la gêne des fonctions instinctives élémentaires due à la famine ou à une catastrophe imprévue, on ne s'étonne pas, sans qu'il soit besoin de recourir à des explications biologiques, que des cerveaux héréditairement prédisposés ou des cerveaux affaiblis délirent spontanément sous l'influence des causes les plus minimes.

Dans un très beau livre : *L'Evolution de l'organisme et la Maladie,* Klippel s'exprime ainsi :

« L'organisme, en réagissant contre les causes acciden-
« telles et pathologiques, peut acquérir des propriétés nou-
« velles, en entrant en conflit avec ces causes, qui tendent
« à l'altérer, et en s'adaptant aux conditions imposées à ce
« moment par les modifications du milieu normal.

« Une fois que ces réactions nouvelles ont été acquises,
« elles peuvent survivre au causes qui les ont provoquées et
« deviennent alors des manifestations habituelles et des
« modes de défense contre des influences de toute sorte. En
« persistant chez l'individu, elles peuvent être transmises par
« hérédité. »

A l'heure actuelle, nous voyons se manifester de nouveau une tendance à introduire les méthodes d'analyse psychologique dans l'étude des maladies mentales.

Je dis de nouveau, car, au cours du siècle dernier, cette application de la psychologie a été faite à maintes reprises, et, il faut bien l'avouer, toujours sans succès. Rappelons-nous l'effort consciencieux de Pierre Falret, soucieux de rattacher à la psychologie dite normale les faits qu'il constatait chez ses malades et obligé d'avouer que cela ne lui avait été d'aucune utilité.

Il suffit de parcourir la collection des *Annales Médico-Psychologiques* pour voir que, malgré la déclaration de principe de Baillarger, au moment où il fondait ce nouveau recueil, les philosophes n'avaient pas désarmé.

Les débats auxquels prirent part Chauvet, Cerise, Dally, Maury, Janet, Adolphe Garnier, Tissot, Fournet, Despine, etc., etc., où l'on discutait les idées de Lélut, de Jouffroy et de tant d'autres, débats qui se sont reproduits ensuite par intermittences, ont été, à mon avis, résumés d'excellente façon par Alfred Maury. « Notre société, disait-il dès 1863, « n'est pas intitulée ontologique, mais *médico-psychologique*, « elle n'a donc pas été fondée pour agiter des questions qui « sont agitées depuis le commencement du monde et le seront « probablement jusqu'à la fin, elle a pour objet l'étude des « troubles de l'intelligence dans ses rapports avec la patho- « logie et la thérapeutique. »

Obligée de lâcher pied devant la Clinique, la psychologie reparaît à la Salpêtrière avec les études sur les hystériques, ce qui fait dire à G. de la Tourette : « Peut-on pénétrer dans « l'intimité du processus dynamique ? A la vérité, les inter- « prétations n'ont pas manqué, dans ces dernières années « surtout, où l'hystérie est devenue prétexte à nombre de « dissertations philosophiques. Mais ces merveilles de la « dialectique n'ont pas résolu le problème médical, et nous « ne sommes pas plus avancés que devant, après avoir appris « que le rétrécissement du champ de la conscience est un « stigmate mental de l'hystérie. »

Disons de suite qu'il s'agit cependant d'une psychologie basée sur des données plus exactes et dont je suis loin de contester la haute valeur scientifique. Mais lorsque ces recherches psychologiques s'adressent à des êtres profondément troublés par la maladie, à des idiots, à des déments, j'avoue que je suis repris par la tendance au doute, au scepticisme, fond de toute sagesse d'après Voltaire. Je crains, ainsi que je le disais à un de mes collègues, alors jeune adepte de l'école nouvelle, que les ressources intellectuelles surabondantes de l'expérimentateur ne suppléent pour une large part, et par auto-suggestion essentiellement involontaire, au déficit lamentable du sujet soumis à l'expérience, je ne puis m'empêcher de penser, à part moi, au geste symbolique dans son impertinence de Panurge lorsqu'il fit quinaud l'Anglais qui arguait par signes, « les matières étant tant ardues que les

« paroles humaines ne seraient suffisantes à les expliquer ».

Ceci dit sans vouloir médire des philosophes, d'autant que, selon Pascal, « se moquer de la philosophie, c'est vraiment philosopher. » (*Pensées* VII, 35).

Pour moi, c'est une erreur de penser que la psychologie peut retirer des informations précises de l'étude des aliénés. La psychologie normale nous est inconnue, pour cette excellente raison que nous ne savons pas au juste ce que peut être l'intelligence normale. Charcot avait coutume de dire : « L'homme normal, qu'est-ce que cela ? S'il existait, ce « serait un monstre. » A plus forte raison, il paraît impossible, au point de vue psychologique, de tirer un enseignement profitable d'un esprit en délire.

Toute la métaphysique moderne, qui se dit basée sur des constatations matérielles, est au fond aussi peu consistante que la métaphysique ancienne. Musique et littérature, musique délicieuse, littérature agréable, mais c'est de la musique.

J'aperçois un autre danger dans ces incursions psychologiques sur ce domaine purement médical qu'est la folie.

Tandis que l'on admet que les organes naissent, évoluent et meurent suivant un déterminisme inéluctable, il semble qu'on ne puisse se résigner à cette loi lorsqu'il s'agit de l'organe de la pensée, du cerveau.

Voyez cependant ce dément inconscient, il vit mais ne pense plus. Au point de vue intellectuel, son cerveau est mort, et il ressemble au pigeon décérébré de Flourens, qui a perdu l'usage des sens et la faculté de chercher à s'alimenter, mais qui peut survivre si l'on ingurgite la nourriture.

Pourquoi invoquer dans ces cas un « élan vital » qui est une conception purement métaphysique.

Il y a longtemps que Claude Bernard a fait justice de ces théories : « Les phénomènes métaphysiques de la pensée, de « la conscience et de l'intelligence, qui servent aux manifes- « tations diverses de l'âme humaine, considérés au point de « vue physiologique, ne sont que des phénomènes ordinaires « de la vie, et ne peuvent être que le résultat de la fonction « qui les exprime. »

« Il faut renoncer à l'opinion que le cerveau forme une « exception dans l'organisme, qu'il est le substratum de « l'intelligence et non son organe. Cette idée est non seule- « ment une conception surannée, mais c'est une conception « antiscientifique, nuisible aux progrès de la physiologie et

« de la psychologie. Comment comprendre en effet qu'un « appareil quelconque du domaine de la nature brute ou « vivante puisse être le siège d'un phénomène sans en être « l'instrument ? »

Pourquoi les hommes demeurent-ils effrayés devant les maladies de l'esprit et éprouvent-ils une répugnance instinctive à l'égard des malheureux qui en sont atteints ? La pensée n'est en somme que la manifestation vivante de la fonction d'un organe particulier, le cerveau, au même titre que la circulation est la fonction d'un autre organe, le cœur.

Mais la pensée donne à l'homme la conscience de son existence et c'est pourquoi, lorsqu'elle est troublée, il recule épouvanté comme il le fait devant la mort. On ne peut se résigner à l'idée de la mort parce qu'on ignore ce qu'est la vie.

La vie, dit l'Encyclopédie, c'est le contraire de la mort.

La vie, dit Bichat, est l'ensemble des fonctions qui s'opposent à la mort, définition précieuse en ce sens qu'elle nous montre la possibilité de l'indépendance vitale des tissus. « De toutes les définitions de la vie, dit Claude Bernard, celle « qui est à la fois la moins compromettante et la plus vraie « est celle qui a été donnée par l'Encyclopédie : La vie est « le contraire de la mort. Cette définition est d'une clarté « naïve, et cependant nous ne pourrons jamais rien dire de « mieux, parce que nous ne saurons jamais ce qu'est la vie « en elle-même. Pour nous, un corps n'est vivant que parce « qu'il meurt et parce qu'il est organisé de manière à ce que, « par le jeu naturel de ses fonctions, il entretient son organisation pendant un certain temps et se perpétue ensuite « par la formation d'individus semblables à lui. »

Pour lui, la vie se résume dans ces trois propriétés : création, nutrition, destruction, et il conclut :

« Reconnaître que les phénomènes vitaux ne sauraient « être soumis à aucune loi précise, à aucune condition fixe « et déterminée, et admettre que ces phénomènes ainsi définis constituent une science vitale qui elle-même a pour caractère d'être vague et incertaine, c'est abuser étrangement du « mot science. Il semble qu'il n'y ait rien à répondre à de « pareils raisonnements, parce qu'ils ne sont eux-mêmes que « la négation et l'absence de tout esprit scientifique. »

Klippel, dans l'*Evolution de l'organisme et la maladie*, résume ainsi le problème :

« La vie est, au fond, la résultante d'un arrangement molé-

« culaire et d'un dynamisme, adaptés au milieu et actuelle-
« ment transmis en continuité par hérédité spécifique. »

Lorsqu'on nous parle de courant de conscience, d'élan vital, d'auto-conduction, on nous ramène insensiblement, sous les dehors d'un spiritualisme matérialiste, aux archées de Van Helmont, à l'animisme de Stahl, au vitalisme de l'Ecole de Montpellier, qui plaçait, comme le dit encore Claude Bernard, les phénomènes de la vie sous la dépendance d'un principe particulier, d'une puissance spéciale, quel que soit le nom qu'on lui donne, d'âme, d'archée, de psychée, de médiateur plastique, d'esprit recteur, de force vitale, ou de propriétés vitales.

Est-ce à dire que « l'esprit se ramène à des atomes de corps simples », suivant le mot de Fouillée. Ce serait enfantin. Mais, comme le dit A. Regnard, il existera toujours des personnes croyant à l'éternité du monde et à la réalité de la substance à la fois étendue et pensée, matière et force, corps et mouvement.

Examinons maintenant le rôle qu'on veut faire jouer aux instincts dans l'évolution des maladies mentales. N'est-il pas aventureux de penser que le réveil d'un instinct endormi, que la sollicitation de cet instinct, que le fait de l'avoir contrarié puisse avoir sur l'état mental futur d'un sujet des conséquences si graves qu'elles pourront le modifier radicalement et entraîner chez l'individu les réactions morbides les plus diverses.

Et si l'on pousse les choses à l'extrême, si l'on attribue au seul instinct sexuel ce rôle prépondérant dans la vie des êtres, ne doit-on pas encourir le reproche d'exclusivisme et vicier par là-même toute la doctrine ?

Déjà, Pascal avait paraphrasé la première épître de saint Jean :

« Tout ce qui est au monde est concupiscence de la chair,
« ou concupiscence des yeux, ou orgueil de la vie : *libido*
« *sentiendi, libido sciendi, libido dominandi.* »

Que l'instinct sexuel ait sur le psychisme une très grande influence, qui le nie ? Mais est-il le seul à l'exercer, et son action ne se combine-t-elle pas avec celles d'autres tendances tout aussi instinctives ? Les faits si curieux de sexualisme observés pendant la guerre, dans les endroits que Français et Allemands se reprenaient à tour de rôle, faits qui rappellent sous une forme plus brutale le cas de l'Abbesse de

Jouarre, analysé et idéalisé par Renan, ces faits peuvent-ils être rapportés à une déviation pure et simple de l'instinct sexuel ? N'y a-t-il pas là plutôt un retour à l'état primitif sous la menace incessante de la mort ?

L'instinct de nutrition ne produirait-il pas des résultats analogues ? Il est infiniment probable que si nous connaissions les réactions individuelles provoquées par la famine russe, nous trouverions des preuves à l'appui de ce que nous avançons.

De même pour l'instinct de conservation.

En Médecine mentale, ainsi que dans toutes les autres branches de la Médecine, l'étude directe, l'examen clinique demeure la base de toute observation utile. Le reste, examens biologiques, tests psychologiques n'est qu'accessoire, non pas que j'en méconnaisse l'utilité et parfois même l'indispensable nécessité dans certains cas déterminés. Mais, dans l'immense majorité des formes mentales, on ne saurait prétendre à expliquer les troubles qui affectent l'intelligence par des recherches mécaniques ou des considérations physico-chimiques dont trop d'inconnues peuvent vicier le résultat.

Pouvons-nous affirmer que telle modification biologique soit la cause du trouble mental ?

« Au fond, c'est le contraire, dit Klippel, ce sont les désor-
« dres nerveux qui ont pour conséquence des modifications
« humorales définies, lorsque celles-ci peuvent être consta-
« tées ici. Il est beaucoup plus facile de comprendre les tem-
« péraments émotifs par des réactions qui se font sentir en
« l'absence des causes qui les ont jadis provoquées, et qui
« rentrent dans le caractère normal de l'individu. Cela, en
« admettant un retentissement secondaire sur les divers orga-
« nes, et en particulier sur les glandes à sécrétion interne,
« dans le cas où les émotions sont brusques, ou prolongées
« pendant longtemps.

« Le tempérament qui, dans la sphère morale, répond à la
« fatigue, est distinct dans ses traits dominants, du tempé-
« ment émotif, bien que ceux-ci s'établissent en grande par-
« tie sur le mode d'affectivité.

« Les douleurs, les paresthésies, la lassitude, le doute, le
« dépit, le pessimisme, la misanthropie, l'impuissance à résis-
« ter, et le dégoût des choses et de la vie, en sont les carac-

« tères spécifiques. Ce sont des état émotifs, c'est entendu, « mais ce sont ceux de la fatigue. »

Voilà pourquoi tous les grands observateurs des aliénés ont fait presque exclusivement de la clinique, d'Esquirol à Kræpelin en passant par Guislain, Baillarger, Giesinger, Falret, Magnan. S'ils ont tenté d'approfondir le domaine anatomo-pathologique, ils se sont éloignés de la psychologie pure.

On reproche souvent aux aliénistes l'incertitude de leurs données, l'insuffisance de leur classification, l'impossibilité où ils se trouvent de déterminer la cause, de fixer l'évolution de telle ou telle forme de maladie mentale, la tendance à dissimuler leur ignorance en employant une dénomination vague, telle que paranoïa, démence précoce, etc...

Ce reproche est le fait d'esprits simplistes qui veulent trouver une cause à tous les phénomènes qu'ils observent. L'incertitude qu'on reproche aux aliénistes se retrouve à tous les degrés de la pathologie dès que l'affection devient exceptionnellement grave, dès qu'elle se complique ou lorsqu'elle atteint l'ensemble de l'organisme. Là aussi on désigne sous des dénominations vagues (choc hémoclasique, syndrome pluriglandulaire, parkinsonien, syndrome pseudo-bulbaire, syndrome hypophysaire), les phénomènes observés.

J'irai même plus loin, je prétends que la pathologie mentale dans ses formes les plus communes est une science plus exacte au point de vue clinique que les autres manifestations de la pathologie interne. Il nous est arrivé à tous, cliniciens déjà blanchis par l'âge, de prévoir non seulement les réactions motrices mais les réactions intellectuelles des malades qui venaient se soumettre à notre examen, et d'annoncer ces réactions psychiques aux malades eux-mêmes, à leur grande stupéfaction.

Ce sont là des résultats auxquels ne peuvent conduire les examens de laboratoire ou la méthode mécanique du psychologue le plus averti. Il ne s'agit plus de réactions chimiques en vase clos, dans des conditions forcément différentes de la réaction dans les tissus, il ne s'agit pas non plus du fonctionnement physiologique du système nerveux spécialisé, il s'agit de la matière vivante dans ce qu'elle produit de plus élevé, la pensée.

Vouloir faire de cette fonction une chose *sine materia* indépendante de l'individu et du milieu dans lequel il évolue, c'est à mon sens faire œuvre vaine.

C'est pourquoi les philosophes — soit dit sans vouloir les froisser — me sont toujours apparus comme de médiocres cliniciens. Voltaire disait que si l'on voit deux hommes discuter sans s'entendre et sans prendre la peine de s'écouter mutuellement, on peut être certain qu'il s'agit de deux philosophes. Cette boutade pourrait expliquer leur infériorité clinique. Car ici il ne s'agit plus de systèmes plus ou moins raffinés, de considérations basées sur des vues ingénieuses et résultant le plus souvent de l'auto-observation. On n'est plus seul, on a devant soi un malade dont il faut saisir et parfois deviner la pensée, dont il faut analyser les divagations.

J'entendais dernièrement formuler contre Magnan une critique injustifiée. Un psychologue des plus avertis l'accusait d'avoir eu de l'aliéné une conception terre à terre, d'avoir observé ses malades un peu comme le font les infirmiers de nos asiles.

Le reproche était en lui-même profondément injuste car personne, plus et mieux que Magnan, n'a fait ressortir les différences qui séparent les diverses formes de l'aliénation, les caractères spéciaux qui les distinguent, les sensations et les impressions qu'elles suscitent, les réactions auxquelles elles donnent lieu.

En y réfléchissant, j'ai pensé que ce reproche était un éloge déguisé. J'ai, pour ma part et à maintes reprises, retiré le plus grand profit des remarques d'infirmiers ou d'infirmières rompus au métier, intelligents, habitués depuis de longues années à observer de près les faits et gestes des malades. Ceux qui vivent au milieu des aliénés, qui entendent leurs réflexions, qui les suivent dans leur vie courante si différente de la nôtre, qui utilisent leurs services, sont des aides précieux du médecin. Ils savent que tel malade peut se présenter du jour au lendemain dans des conditions tout à fait différentes, que tel autre paraîtra parfaitement sain d'esprit à la visite médicale, alors qu'en réalité ses facultés sont profondément troublées et, inversement, ils ne sont pas tentés de prendre pour des phénomènes nouveaux et de première importance, des habitudes, des gestes, des réflexions, des actes qui paraissent en contradiction avec le trouble profond de l'esprit constaté par l'examen médical. Il serait facile de citer des exemples et on pense à Pussin, « un de « ces hommes, disait Pinel, qui, étrangers aux principes de la « médecine et seulement guidés par un jugement sain ou

« quelque tradition obscure, se sont consacrés au traitement « des aliénés et ont opéré la guérison d'un grand nombre ».

C'est que, pour bien connaître les aliénés, il faut les avoir longtemps observés dans leurs diverses manifestations sans jamais perdre de vue les liens multiples qui les unissent entre elles, les faits qui les ont provoquées, le milieu dans lequel elles ont évolué, les causes morales qui ont contribué à les faire éclore, les influences héréditaires qui ont facilité cette éclosion.

En réalité l'aliéné est bien nommé. C'est un étranger à la collectivité, il vit dans un monde spécial qu'il a composé suivant ses désirs. C'est un être à part, vivant d'une vie propre, qui possède dans la vie ordinaire ses réactions particulières, ses joies et ses peines, où l'individualisme est plus marqué qu'ailleurs et prend la forme de l'égoïsme si souvent reproché à ce genre de malades et qui les pousse à tout rattacher à leur propre personne.

Cela nous explique la réaction démesurée que le milieu opère sur ce genre d'individus, l'influence des événements sociaux, ou des faits de la vie courante, de la guerre, du salut de la France, de la vie chère, de la crise des loyers, de la crise des domestiques, tous événements qui se traduisent par une affluence plus nombreuse dans les Asiles.

Cette vie intérieure des aliénés est une vérité bien connue des aliénistes, plus ignorée des psychologues à l'exception cependant de M. Blondel que ce fait capital avait particulièrement frappé au début de ses études de psychiatrie.

Cette façon de se comporter n'est pas propre aux seuls malades des asiles, on la retrouve chez les malades qui vivent en liberté en remplissant les diverses obligations de la vie sociale, tout en conservant à part eux leurs idées maladives, le trouble de leur esprit.

Certains de nos collègues qui dirigent des Maisons de Santé très anciennes pourraient nous donner à cet égard les renseignements les plus instructifs. Ils ont connu par leurs archives les grands-parents et les aïeux de leurs malades actuels et certains de ces derniers continuent à venir faire chez eux des séjours périodiques lorsque les idées délirantes qui ne les ont jamais quittés menacent de leur faire perdre tout contrôle sur eux-mêmes.

Je ne parle pas ici des intermittents, je parle des persécutés, des délirants véritables. Certains ont fait toute la

guerre, et se sont brillamment conduits tout en conservant intact leur délire, tout en attribuant à des influences extérieures les troubles qu'ils ressentaient et qu'ils interprétaient, réalisant ainsi un dédoublement de la personnalité des plus curieux à constater.

Du fait que les aliénés constituent des êtres à part dans l'humanité, il résulte qu'ils ne sauraient être très nombreux. En réalité c'est une infime minorité comparée à la multitude des malades ordinaires.

Mais c'est une minorité bien spéciale, ayant sa vie propre, ses moyens particuliers de réagir, son caractère bien différencié.

Si nous ne connaissons pas la morphologie normale du cerveau, nous savons cependant que les tares intellectuelles se transmettent plus facilement encore que les tares physiques des ascendants aux descendants. Il en résulte que dans les vieilles civilisations, la race juive nous le démontre surabondamment, l'hérédité jouera un rôle prépondérant dans l'éclosion des troubles mentaux. Depuis quelques années on tendait de plus en plus à négliger le rôle de l'hérédité, entraîné qu'on était par le souci de découvrir des causes plus proches et des explications plus tangibles. C'est cependant là le fond de la question, car de l'hérédité dépend le tempérament et les anomalies du caractère. Sous ce rapport, on paraît revenir à des idées plus justes : C'est ce que font actuellement certains élèves de Bleuler. Il me sera permis toutefois d'exprimer un regret, c'est qu'on ait inventé un terme nouveau, la caractérologie pour désigner un fait connu de tous. Nous n'avions pas besoin de ce barbarisme.

« La différenciation, dit Klippel, est actuellement le fait « de l'hérédité aprés avoir été acquise au cours de longues « séries phylogénétiques.

« L'hérédité pathologique pourrait être définie : la conti- « nuité de la matière vivante modifiée chez les ascendants par « des agents pathogènes. »

Les aliénés, ai-je dit, sont peu nombreux et ceci pourrait passer pour un paradoxe dans la bouche d'un médecin aliéniste. On a coutume, en effet, de dire que les aliénistes voient des fous partout et c'est là certes une des raisons qui, dans la vie courante, empêchent même les aliénés véritables de se confier à eux. Rien de moins exact cependant. Seuls les profanes ou les satiriques ont tendance à considérer comme un

phénomène morbide tel ou tel défaut du caractère, telle ou telle manie parfaitement compatible avec un esprit sain et un jugement pondéré.

N'est-ce pas Erasme qui, dans l'Eloge de la Folie, préludant aux caractères de La Bruyère, soutenait ce paradoxe que la folie étant le guide véritable de l'homme et lui faisant accomplir le plus naturellement du monde les actes les plus déraisonnables, l'aliénation devenait de ce fait l'état le plus enviable.

De même qu'il est absurde de voir des fous partout, de même il est ridicule de vouloir assimiler le génie et la folie. A Regnard, dans un ouvrage des plus documentés et des plus intéressants a fait justice, sous ce rapport, des données fantaisistes de Lombroso. Peut-on dire que Pascal et Auguste Comte étaient des aliénés, et Dumas n'a-t-il pas raison lorsqu'il affirme que si « A. Comte a été un grand philosophe, c'est grâce à sa raison, à sa volonté et malgré qu'il ait été fou » ? Ne sait-on pas d'autre part que dans les formes intermittentes de la folie on trouve des gens supérieurement intelligents ?

N'est-ce pas abuser que d'aller chercher dans l'hérédité mentale morbide, dans la folie d'une sœur ou d'une mère, l'explication du génie d'un père ou d'un fils. Oubliant l'influence de la mère et surtout celle des ascendants des deux conjoints, on s'étonne de voir parfois des hommes supérieurs avec des enfants plus ou moins intelligents. Mais comme le dit très bien Klippel : « Tout ce qui relève de « l'éducation dans l'état moral est sans hérédité.

« Ainsi c'est en considérant ce qu'ont été, par exemple, les « fils de Socrate ou de Périclès, qu'on est arrivé à cette doc- « trine singulière, que la supériorité intellectuelle était elle- « même et de sa propre nature, une déchéance.

« Et cela pour n'avoir point considéré quels résultats la « supériorité intellectuelle pouvait entraîner, d'abord chez « l'individu lui-même, ensuite chez ses descendants ».

Que dire maintenant de la similitude des symptômes observés quelque différents que soient les malades ?

Ne voyons-nous pas tous les jours — et c'est là peut-être que les recherches biologiques pourraient avoir leur utilité — des esprits supérieurs éprouver des dérangements passagers, dus très vraisemblablement à des défauts de la nutrition, à des efforts inconsidérés, à la fatigue.

N'est-il pas remarquable que lorsqu'éclatent ces troubles mentaux la forme qu'ils affectent soit la même chez des sujets tout à fait différents au point de vue du développement intellectuel ?

Cela nous prouve que le cycle biologique est le même pour tous les individus.

C'est surtout dans les formes mélancoliques et dans la mélancolie présénile qu'apparaissent de façon frappantes ces analogies.

En dehors de la tendance invincible au suicide, on trouve chez tous les mêmes idées niaises de ruine, de déchéance, de culpabilité, parfois aussi les mêmes préoccupations religieuses et mystiques.

Et cela se conçoit. On ne traîne pas impunément derrière soi le poids de milliers d'années d'hérédité religieuse. L'altération de la santé, comme les grands cataclysmes, réveille les instincts primitifs et les plus grands esprits s'épouvantent lorsque la maladie leur a enlevé la pondération nécessaire à la saine appréciation des choses. C'est en somme le retour à un état ancestral, aux idées simples, irraisonnées, comme cela s'est vu chez les malades de la guerre dont on peut bien dire que la mélancolie a été l'unique manifestation mentale.

Jamais plus qu'à cette époque n'est apparue de façon plus frappante l'influence de la fatigue et celle plus grande encore des causes morales puisque les symptômes se retrouvaient les mêmes chez les hommes qui venaient du front et chez ceux qui, bien que se trouvant à l'arrière et en sécurité, éprouvaient les mêmes inquiétudes au sujet de leurs familles et de leurs biens.

« Nous avons un autre principe d'erreur, disait déjà Pascal,
« les maladies. Elles nous gâtent le jugement et le sens. Et
« si les grandes l'altèrent sensiblement, je ne doute point que
« les petites n'y fassent impression à leur proportion. »

Je disais au début de ce discours que la tendance actuelle en clinique mentale était de dissocier les symptômes, de pousser aussi loin que possible l'analyse des troubles observés et des diverses manifestations psychique ou motrice qui viennent se greffer sur eux.

Rien de mieux, à mon avis, mais je ne pense pas qu'ici non plus nous ayons innové et que nous devions assister à un bouleversement général de la psychiatrie.

Croit-on, par exemple, que Séglas, Chaslin, Arnaud, Sérieux et tant d'autres, pour ne citer que des vivants, ne soient pas déjà allés très loin dans cette voie, tout en respectant les cadres anciens ? Et ne voit-on pas que cette analyse minutieuse s'applique toujours à un nombre très restreint de malades, la grande masse restant identique à elle-même, telle que nous la connaissons, telle que j'ai essayé de la délimiter il y a quelques instants.

De plus, s'il est bon de créer des théories plus ou moins ingénieuses, on ne doit pas oublier que la médecine mentale — comme toute la médecine — comporte un objet immédiat, *Paulo minora canamus.* Lorsque nous nous trouvons en présence d'un malade et des parents de ce malade, la première question qui se pose est de savoir ce qu'il a, comment il évoluera, s'il y a lieu ou non de l'interner et, dans cette deuxième alternative, s'il restera longtemps interné, si en somme il guérira.

Ici pas de recherches de laboratoire, pas de psychologie qui compte, seul l'examen clinique entre en jeu. C'est pourquoi la clinique, sous ses apparences modestes, restera toujours la science maîtresse.

Contrairement à certaines idées courantes et tout misonéisme mis à part, on ne s'improvise pas médecin aliéniste, on apprend à le devenir. Il faut pour cela de longues années de pratique.

On n'est plus tenté de considérer comme des nouveautés des manifestations devenues banales à force d'avoir été observées. Et, au point de vue du pronostic, on devient d'une extrême prudence. Interrogez là-dessus ceux de nos collègues qui ont derrière eux 20 ou 25 ans d'exercice. On se méfie des impressions, des prédictions basées sur tel ou tel signe fugace, sur telle ou telle apparence trompeuse, comme le sont trop souvent les manifestations de la pensée humaine même chez les gens sains d'esprit.

A ce sujet, je me rappelle avoir reçu dans mon cabinet, il n'y a pas bien longtemps, la visite d'une jeune étrangère, fort jolie, parfaitement consciente de son état, et dont les dérèglements inimaginables faisaient le désespoir. *Lassata non satiata.* Elle était sous le coup d'une hérédité morbide particulièrement chargée. Elle s'était livrée volontairement et avec le ferme espoir de pouvoir s'amender, aux examens de psychoanalyse des spécialistes les plus réputés.

Lorsque je l'eus minutieusement examinée, lorsque j'eus terminé de prendre une observation très détaillée, elle me demanda si je la croyais capable de guérir.

Ma réponse fut négative, et quel ne fut pas mon étonnement en voyant cette jeune femme me serrer les mains avec effusion en me disant : « Vous êtes un honnête homme et le premier médecin consciencieux que j'ai rencontré. » Venant d'une aussi jolie bouche, le compliment ne laissait pas d'être agréable à entendre, encore que sa portée et le plaisir ressenti fussent singulièrement atténués par l'extrême amoralité du sujet.



Je m'excuse de ce long discours, j'ai essayé d'en adoucir le côté pénible en montrant qu'en réalité les aliénés constituent une minorité dans l'ensemble des malades, minorité un peu supérieure en nombre aux sujets qui relèvent de la neurologie, les deux branches psychiatrie et neurologie n'étant que de simples chapitres de la Pathologie tout entière.

On a fait grand bruit de la séparation de la Neurologie et de la Psychiatrie, branches parallèles d'un même système, ai-je dit ailleurs, et qui ne sauraient se rencontrer.

Mais dans certaines éventualités elles aboutissent à un terrain commun lorsqu'il s'agit, par exemple, des troubles de l'émotion, de l'obsession, des syndromes épisodiques de ce qu'on est convenu d'appeler la psychasthénie. On comprend fort bien qu'il y ait toute une catégorie de malades qui, ne se considérant pas comme des aliénés, vont consulter des neurologistes pour le plus grand bien des uns et des autres, car on ne voit pas les neurologistes réduits, au point de vue de la thérapeutique, à la portion congrue de l'hémiplégie, des myélites, de l'atrophie musculaire, du goître exophtalmique, de la maladie de Parkinson.

Il nous reste les psychoses, les délires. C'est certainement la partie la plus vaste de notre domaine. Nous demandons qu'on veuille bien nous la laisser, car nous sommes les seuls à l'avoir explorée, les seuls à en connaître l'étendue et les aspects infiniment variés. Que nous empruntions, et nous n'y manquerons pas, les renseignements fournis par les moyens mécaniques, les données que nous offre le laboratoire et la recherche biologique ou psychologique, rien de mieux. Mais c'est nous qui restons juges de l'opportunité de leur emploi. Nous irons ainsi d'un pas sûr vers la vérité, sans risquer de nous égarer en chemin.

Enfin, la médecine mentale comporte un rôle social qu'on ne saurait négliger sous peine de s'exposer à des surprises désagréables et à de graves dangers. Le psychisme étant à la base même de la connaissance, embrasse toutes les formes de l'activité humaine. C'est ce que Dupré appelait l'interpsychologie, c'est ce qu'on désigne actuellement sous le nom d'Hygiène mentale.

Au début du XIX[e] siècle, l'aliénation mentale constituait un problème social dont la solution s'imposait de façon impérieuse. A l'époque actuelle, nous retrouvons le même problème social, et il se présente à nous plus complexe, dans des conditions différentes.

Nous voyons ainsi se rejoindre les anneaux d'une chaîne continue réunis par une agrafe commune, l'étude de l'assistance due à tous les malades de l'esprit.

Mais combien d'efforts il nous reste encore à faire ! Le progrès avance lentement, nous le savons, mais nous savons aussi qu'il n'est pas de limites à la connaissance humaine. Et puisqu'à cette époque de tricentenaire il est de mode de citer Pascal, je terminerai en rapportant une de ses pensées :

« Les sciences ont deux extrémités qui se touchent : La « première est la pure ignorance naturelle où se trouvent « tous les hommes en naissant. L'autre extrémité est celle « où arrivent les grandes âmes qui, ayant parcouru tout ce « que les hommes peuvent savoir, trouvent qu'ils ne savent « rien et se rencontrent en cette même ignorance d'où ils « étaient partis. Mais c'est une ignorance savante qui se « connait. » (III, 25).

DISCUSSION

DES

RAPPORTS

PREMIER RAPPORT

PSYCHIATRIE

LA PSYCHOANALYSE

RAPPORTEUR : **M. A. HESNARD (de Bordeaux)**

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Si l'on s'en tient à l'examen des éléments vérifiables de la doctrine psychoanalytique, celle-ci peut être actuellement appréciée aux points de vue étiologique, méthodologique, thérapeutique et doctrinal.

I. — Au point de vue *étiologique*, la Psychoanalyse a le mérite de préciser, à l'origine des psychonévroses, l'importance, souvent méconnue dans l'enseignement classique, du facteur sexuel et de la cause affective (qu'elle confond d'ailleurs à tort l'un avec l'autre). Mais ces agents étiologiques sont loin d'être constants ni surtout spécifiques.

II. — Au point de vue *méthodologique*, elle utilise des techniques ingénieuses mais incertaines ; non parce que celles-ci ne sont pas encore assez perfectionnées, mais parce qu'elles comportent dans leur principe même une certaine quantité de causes d'erreur (en ce qui concerne, en particulier, la symbolique pansexuelle). Elle révèle des complexes dont la nature clinique ne suffit pas à différencier le pathologique du normal. Elle aboutit souvent à déceler des faits affectifs émanés directement de la vie organique, et qu'elle ne parvient à rattacher à une cause morale réelle qu'en vertu d'un mirage

de la conscience du sujet. Aussi, malgré son utilité, elle ne peut être qu'un moyen d'exploration complémentaire, ni constamment nécessaire, ni aucunement suffisant au diagnostic.

III. — Au point de vue *thérapeutique,* l'effet curatif réel de cette méthode — dans les cas choisis où elle est possible et indiquée — est d'ordre non analytique ou conceptuel, mais affectif. Considérée telle qu'elle est appliquée chez les psychopathes à Zurich par le Professeur *Bleuler,* sous une forme modérée et vraiment scientifique, elle ne diffère pas notablement des méthodes psychothérapiques traditionnelles visant à réveiller l'intérêt du malade à la réalité.

IV. — Au point de vue *doctrinal,* la Psychoanalyse est un système séduisant mais dont l'ampleur dépasse assez audacieusement les inductions de l'expérience psychologique. Les principes de cette doctrine, à la fois naïve et géniale, sont, soit indémontrables, soit inspirés, conformément à des généralisations hâtives, d'un esprit téléologique qui dénature parfois inutilement les faits.

⁂

En résumé, il faut surtout retenir que la Psychoanalyse nous découvre de vastes horizons dans la voie de l'exploration psychologique, et insister sur l'intérêt considérable que présente, même lorsqu'elle est erronée, son étude du *contenu* subjectif et personnel de la Névrose et de la Psychose.

Névrose et Psychose ont souvent une de leurs principales racines dans l'expérience psychologique individuelle, dans la biographie intime (affective mais non strictement sexuelle) du malade. Cette racine affective de la maladie, telle que la révèle la *Psychogenèse,* peut, dans les limites des conditions étiologiques organiques (toujours primitives et plus ou moins prédominantes), absorber à elle seule une partie de la causalité de l'état psychique morbide, de l'accident neuropsychopathique notamnent. Toute méthode consistant à la mettre en lumière et à s'en servir comme fil conducteur de l'influence psychothérapique, peut être bienfaisante.

C'est par là que la Psychoanalyse, débarrassée de ses erreurs terminologiques, de ses outrances doctrinales et de ses artifices symboliques de recherche séméiologique, se rattache à la Psychiatrie, dont elle est tributaire, et à la Psychologie clinique — science malheureusement trop néligée dans

nos programmes universitaires. C'est par là que cette doctrine-méthode, encore maladroite, mais très perfectible, a des droits incontestables à notre sympathie scientifique et française.

Discussion

Dr L. Schnyder (de Berne). — Le rapport de M. *Hesnard* répond bien à ce que nous attendions de l'auteur qui s'est attaché, l'un des premiers en France, à l'étude de la Psychanalyse. Il présente la question en faisant prévaloir une critique objective et mesurée qui nous permettra tout au moins de discuter le sujet en toute sérénité affective.

Ce sujet est si vaste que la critique doit se borner à certaines de ses parties. En dehors de considérations doctrinales d'une portée générale, je n'aborderai ici que la question de la valeur pratique de la psychanalyse en *thérapeutique*.

Quelle sera l'attitude du médecin neurologiste vis-à-vis de la psychanalyse ? Tout d'abord, il devra la bien connaître. Il gagnera beaucoup, au point de vue de la compréhension psychologique des états psychonévropathiques, à se familiariser avec les travaux fondamentaux de Freud et de ses disciples. Je dis bien les travaux fondamentaux, car, de plus en plus, au cours des dernières années, la psychanalyse abandonne le terrain de la psychologie scientifique pour s'engager sur un terrain philosophique et métaphysique où le médecin n'aurait pas d'avantage à la suivre. Freud, Jung, Adler font actuellement plutôt figure de philosophes purs que de médecins. Bien entendu, je ne leur en fais aucun grief. Mais revenons à la question thérapeutique ! Une fois initié aux théories freudiennes sur la libido, la sexualité infantile, le refoulement, la conversion, le rapport affectif, le rêve, que le médecin ne se croie pas en possession d'une méthode spécifique pour guérir les affections psychonévropathiques, qu'il ne s'intitule pas *psychanaliste* dans le sens de *guérisseur* au moyen de la psychanalyse. Il ne faut pas, et je parle ici au point de vue strictement scientifique, demander à la psychanalyse plus qu'elle ne peut donner. On obtiendra, c'est certain, des succès thérapeutiques avec n'importe quel procédé. Mais ce serait singulièrement rabais-

ser la valeur de la psychanalyse que de la considérer uniquement, comme un procédé thérapeutique. Il faut rendre à Freud cette justice qu'il ne s'est jamais prévalu de ses succès thérapeutiques pour affirmer la valeur de ses doctrines. En face du corps monumental des doctrines freudiennes, le médecin s'efforcera de conserver son jugement critique. Il en fera son profit pour l'étude de l'étiologie et de la psychogenèse de certains états morbides, et le traitement qu'il appliquera à ces derniers s'inspirera, dans une mesure qui ne saurait être la même pour tous, de ces doctrines. Il y a, en effet, à en juger d'après mon expérience personnelle, une quantité d'états psychonévropathiques susceptibles d'être traités sans qu'il soit nécessaire de faire appel à l'appareil compliqué de la psychanalyse orthodoxe. Du reste, à s'en tenir aux vues de Freud lui-même, qui veut réserver le traitement psychanalytique aux seuls états psychonévrotiques, c'est-à-dire à étiologie psychologique, il ne serait pas logique de l'appliquer aux états dits neurasthéniques et aux névroses d'angoisse que l'auteur viennois considère comme des névroses actuelles, sans étiologie psychologique. Resteraient les états hystériques et les névroses d'obsession (Zwangsneurosen). Il est hors de doute que c'est dans le traitement de ces états que les principes freudiens trouvent surtout leur application ; encore est-il possible, dans la plupart des cas, surtout chez les hystériques, de retrouver les complexes refoulés sans soumettre le malade aux investigations rigoureusement systématiques de la psychanalyse qui, dans certains cas, peuvent lui être préjudiciables. Quant au traitement des psychoses proprement dites par la psychanalyse, mes expériences sur ce point ne sont pas suffisantes. Je salue néanmoins dans la pratique de la psychanalyse en psychiatrie une tentative de psychothérapie qui établira souvent entre le médecin et le malade un rapport affectif dont ce dernier pourra bénéficier.

Pour résumer ces vues générales sur la valeur thérapeutique de la psychanalyse, je dirai que cette dernière constitue indiscutablement un enrichissement des méthodes d'investigation psychologique et contribue au succès d'une *psychothérapie intégrale* bien comprise. De plus, je m'associe pleinement à l'opinion de M. Hesnard, quand il dit, à la fin de son remarquable rapport, que la psychanalyse, « débarrassée de ses erreurs terminologiques, de ses outrances doctrinales et

de ses artifices symboliques de recherche séméiologique, se rattache à la psychiatrie dont elle est tributaire et à la psychologie clinique ». Pour ce travail d'épuration de la psychanalyse, je compte beaucoup, et je ne suis pas le seul parmi mes compatriotes à formuler cet espoir, sur le creuset de la critique neuropsychiatrique française.

M. W. Boven (de Lausanne). — Freud affirme que toute névrose manifeste un conflit entre deux tendances au sein du moi physiopsychologique. M. Hesnard paraît attribuer à Freud la croyance doctrinale en l'unicité des causes sexuelles de la névrose. Il y a malentendu. L'observation démontre à F. le fait que dans les conflits affectifs de l'ordre de la névrose, l'instinct sexuel, ou l'appétit sexuel, ou la libido (c'est tout un), tient toujours un des principaux rôles, comme ces agitateurs que la police est sûre de cueillir au carrefour, dans les fermentations populaires. Mais dire qu'il y a conflit, c'est dire qu'il y a dualité, pluralité des causes, au sens habituel de ce mot. Les éléments hostiles à l'instinct sexuel se recrutent dans les tendances non-sexuelles, dans ce que F. appelle l'Ichkomplex et qui s'applique à l'ensemble des instincts de conservation et de leurs dérivés, à l'ambition, à l'intérêt, à la dignité, à la moralité. Toute névrose est faite d'éléments sexuels et non-sexuels. F. insiste sur les premiers parce qu'ils avaient passé jusqu'alors presque inaperçus.

Le conflit et par conséquent la névrose n'éclate qu'au moment où la tendance morbide, qui grandit et qui gronde, affleure la conscience, car le danger consiste dans le fait que, parvenue à la conscience, cette tendance dispose en faveur de sa satisfaction, de l'appareil moteur ! On sait que cet appareil n'est qu'exceptionnellement mis au service de l'Inconscient (lapsus, somnambulisme, etc.) et qu'il reste réservé au seul usage de la volonté consciente contrôlée par la raison.

Le Refoulement, contrairement à l'opinion de Hesnard, n'est pas un mécanisme théorique, il est une réalité, banale même, si l'on veut, mais parfois saisissante. Il consiste, semble-t-il, en une lutte accompagnée d'un sentiment très positif et très complexe de fatigue, d'usure et d'angoisse. La tendance inconsciente dont la poussée se fait alarmante,

est contre-battue, et maintenue, souvent à grand'peine, à distance de l'arsenal moteur.

Le refoulement paraît dû à l'action des éléments psychologiques hostiles à la « libido ». C'est, en somme, dans le plan de la conscience, l'histoire de la lutte des vertus et des passions.

En ce qui concerne la prédisposition morbide à la névrose, H. semble croire que Freud dénie toute importance au terrain, au tempérament, au caractère constitutionnel ou congénital des individus. En réalité, Freud envisage ce facteur en pleine clarté et lui reconnaît une valeur déterminante parfois égale, parfois supérieure à la valeur déterminante des facteurs acquis. Il définit le jeu des variations en sens inverse de ces facteurs, en quelque sorte couplés, et parle à ce sujet de « série de complément ». Dans le même ordre d'idées, Freud reconnaît loyalement qu'il ne guérit pas la « constitution » hystérique, par exemple, mais bien quelques-unes de ses manifestations gênantes.

Boven tient à attester que l'exercice et la pratique d'ailleurs non-exclusive de la psychanalyse, dans un esprit d'impartialité, lui a confirmé mieux que tous les livres du monde, la réalité de la plupart des faits découverts par Freud et tout particulièrement des faits jugés « choquants » par M. Hesnard (qui se place au point de vue du bons sens), de la symbolique du rêve en particulier. On peut rire à loisir de la cocasserie et de l'absurdité du symbolisme freudien. C'est la Raison qui se rit du Rêve. *E pur si muove.*

On ne peut manquer de souligner le fait que la psychanalyse a fait son chemin, en France comme ailleurs. Il y a quelques années, les idées de Freud sur la sexualité de l'enfant et de l'adulte, le complexe d'Œdipe, la fonction du rêve, toutes ses affirmations avaient un effet épileptogène sur beaucoup de cerveaux bien pensants. Aujourd'hui la crise est conjurée.

M. de Saussure (de Genève). — L'exposé du D[r] Hesnard ne nous semble pas donner un compte rendu bien exact de la psychanalyse. Comme notre temps est très limité, nous nous bornerons à exposer les principaux points sur lesquels il s'éloigne de la pensée de Freud.

1° En exposant la méthode de la psychanalyse, l'auteur

met sur un même plan Freud, Jung et Bleuler. Ce qui l'amène à dire qu'il n'y a en somme pas grande différence entre la psychiatrie traditionnelle et la méthode psychanalytique. Ce jugement à mon sens est erroné. Freud pratique une psychothérapie purement analytique avec une technique très précise et particulière. Jung et son école joignent à l'analyse une psychothérapie éducative. Enfin Bleuler ne se sert pas de la technique psychanalytique, mais seulement des données psychologiques que la psychanalyse a découvertes. Le rapprochement que fait Hesnard entre la psychiatrie traditionnelle et la psychanalyse ne vaut que si l'on considère la méthode de Bleuler.

2° Hesnard, si nous l'avons bien compris, dit que pour Freud toute névrose repose sur un trouble sexuel. Or il n'en est rien, s'il relit les cas publiés dans les « Studien über Hysterie », il verra que les traumatismes auxquels il est fait allusion ne sont pas d'ordre sexuel. Ce que Freud prétend c'est que dans toute névrose, il y a un déséquilibre de l'évolution biologique des instincts, c'est-à-dire qu'il y a un conflit entre l'instinct sexuel d'une part et les instincts égocentriques d'autre part. Il ne nie pas, comme le montrent ses travaux récents sur le moi, l'importance des instincts égocentriques. Pour Freud l'inassouvissement sexuel n'est pas du tout la seule cause des névroses.

3° C'est une erreur de croire que toute la valeur thérapeutique de la psychanalyse réside dans le rapport affectif qui lie le malade au médecin. La libération produite par la réintégration dans la conscience d'un complexe refoulé joue également un grand rôle (voir cas de Naville, *Rev. Méd. de Suisse Romande,* janv. 1919).

4° La libido n'est pas, chez Freud, synonyme d'intérêt ou d'affectivité. Ce terme, chez lui, signifie appétit sexuel. Seul Jung l'a employé dans le sens plus général d'intérêt, ce qui n'a fait qu'embrouiller les questions.

5° Hesnard fait remarquer que la symbolique de Freud choque le bon sens, mais le symbole est par définition irrationnel. Hesnard trouve que l'explication est tirée par les cheveux, cette métaphore aussi, comme tous les produits de notre inconscient, est irrationnelle, car il est évident qu'aucune explication n'a jamais eu de cheveux.

M. Hartenberg (de Paris). — Approuve entièrement l'élégante et subtile critique du rapporteur. Depuis 20 ans, son expérience lui a montré que le plus souvent les influences sexuelles ne sont pour rien dans l'éclosion des accidents. L'origine sexuelle des névroses ne représente qu'une infime minorité des cas. Les interprétations psychoanalystes des rêves sont des artifices de préparation. Passant ensuite à une critique sévère et très pittoresque de la psychoanalyse dans son ensemble, à laquelle il dénie, à l'encontre de M. Hesnard, toute valeur scientifique et dont la propagation lui paraît dangereuse pour la société, l'orateur termine en déclarant que la psychoanalyse est un tissu de sottises, d'obscénités et d'erreurs. De nombreux et convaincants exemples qu'il donne, pris dans les ouvrages de Freud, illustrent ses déclarations.

M. Courbon (de Stéphansfeld). — La psychoanalyse, à cause des extravagances qui la firent traiter par Lalo de « scholastique de la pornographie », mérite d'être condamnée catégoriquement. Mais cette condamnation ne doit pas empêcher de reconnaître à Freud le très grand mérite d'avoir dirigé les explorations médicales et psychologiques sur le problème de la sexualité. Cette audace n'est pas grande en France, ni dans les pays latins, où la pudibonderie n'existe pas. Elle fut énorme et considérable dans les pays germaniques et anglo-saxons, où la morale prescrit le silence et la prétérition à l'égard des manifestations de la vie sexuelle de l'individu.

En Alsace, où la culture germanique a régné pendant un demi-siècle, on trouve encore des exemples de cette pudibonderie à tous les niveaux de la société. *a*) Chez les enfants criminels de la Colonie de Hagueneau, qui dans l'ensemble appartiennent à la classe la plus amorale. Tandis qu'ils avouent cyniquement les pires crimes, ils se taisent farouchement dès qu'on leur reproche un acte sexuel, même normal. Un garçon de 19 ans, qui dans un bois détroussa et viola une femme, avoue le vol, mais nie le viol. Le contraste de cette pudibonderie sexuelle alsacienne avec la forfanterie sexuelle française des enfants transférés des autres provinces à Hagueneau est frappant. — *b*) Chez des étudiants en médecine de 25 à 30 ans, fort cultivés et émancipés par ailleurs : L'un d'eux déclarait avec émotion avoir honte d'avoir assisté à la représentation de l'opérette de *Phiphi*, qu'il savait bien être

leste, mais qu'il n'eût jamais crue aussi dégoûtante. Un autre rougissait en rendant à son chef de service, entre autres romans prêtés, l'*Aphrodite* de Pierre Louys, qu'il qualifiait d'œuvre pornographique. — *c*) Chez des médecins mêmes. Ayant eu à examiner, avec certains confrères, des malades ayant dans leur passé un traumatisme sexuel, je les priai vainement de m'aider en provoquant dans leur dialecte les confidences de leurs compatriotes. Ils me répondaient avec amabilité, mais gêne : ce sont des questions que l'on n'ose pas poser.

Ces exemples expliquent que dans un tel pays, surtout chez les protestants, où la confession n'existe pas, le refoulement des impulsions sexuelles soit plus énergique, et par conséquent puisse soit conduire à des perversions sexuelles, soit jouer chez des prédisposés un rôle étiologique dans l'éclosion des psychoses.

Le succès de la psychoanalyse en Allemagne, en Angleterre, aux Etats-Unis s'expliquerait en partie de cette façon, le traumatisme sexuel y étant plus pathogène, du fait du mystère que les mœurs font peser sur toutes les manifestations de la vie sexuelle.

M. Wimmer (de Copenhague). — Je vous remercie beaucoup de m'avoir accordé quelques minutes pour vous soumettre quelques remarques sur la valeur de quelques-unes des idées de Freud pour la clinique psychiatrique.

Nous venons d'entendre un rapport excellent et pénétrant de la psychoanalyse, surtout de ses errements. Je peux donc me dispenser de m'aventurer dans le domaine plutôt transcendental du Freudisme. De même, je laisserai de côté les méthodes thérapeutiques des psychoanalystes, méthodes généralement inutiles, toujours précaires, souvent dangereuses.

Je soutiendrai seulement un point fondamental des idées de Freud, c'est-à-dire ce que je voudrais appeler *l'intégration psychologique*, pour y appliquer un mot, emprunté à Sherrington.

Ce ne sont pas là des idées tout à fait nouvelles ou qui appartiennent exclusivement à Freud. On les retrouve dans la science philosophique française, comme l'a démontré le regretté professeur Dupré. On les retrouve surtout dans les travaux importants de M. Pierre Janet sur les accidents hystériques et psychasthéniques.

Je veux parler de l'action des *traumatismes psychiques*, au plus large sens du mot, sur les fonctions intellectuelles et morales, de l'influence du soi-disant « subconscient » sur la vie psychique consciente, etc. N'importe les mots dont on désigne ces *interactions psychologiques* : refoulement, conversion, transposition, désagrégation psychologique, etc. N'importe, aussi, les spéculations philosophiques plus ou moins solides qu'on a construites pour expliquer ces différentes manifestations psychologiques.

Restent les faits, dont on ne saurait, à mon avis, discuter l'existence.

Sur la clinique psychiatrique contemporaine, les idées de Janet, Freud ont exercé une influence considérable.

Nous connaissions tous un grand nombre d'accidents mentaux, tantôt à allure hystérique, tantôt à quelques symptômes catatonoïdes, tantôt à un délire plus accusé et qu'on ne savait pas, autrefois, enregistrer d'une façon satisfaisante, au moins dans les cadres usuels de nos systèmes psychiatriques. Pour *Magnan*, une grande partie de ces troubles mentaux rentraient dans le groupe des *délires des dégénérés*. Pour *Kræpelin*, il s'agissait plutôt de cas de démence précoce.

Eh bien ! Une observation clinique plus étendue, plus intime vient nous apprendre qu'il ne s'agit pas ni de démence précoce, ni de folie maniaco-dépressive. L'idée de Magnan a été la plus juste. Ce sont réellement des accidents mentaux qui surgissent d'un terrain dégénératif, mais d'un terrain un peu spécial, c'est-à-dire d'une *diathèse psychogène*.

Et ici, vous me permettrez bien une petite digression ! On a beaucoup parlé, aujourd'hui, du terrain dégénératif comme source de ces accidents mentaux et nerveux. Eh bien, le « terrain » ne nous donne que la *possibilité* de l'éclosion de ces troubles. C'est une des conditions étiologiques. De la biologie de l'hérédité nous savons que la prédisposition innée ne suffit pas, qu'il faut toujours interaction des facteurs héréditaires et du milieu. Eh bien, l'éclosion de bon nombre des désordres psychiques et nerveux est due au concours de ces deux facteurs étiologiques : La diathèse psychogène, terrain dégénératif spécial, et les traumatismes psychiques, provenant justement du milieu, traumatismes affectifs, de toute sorte, *entre autres* sexuels.

Il en résulte des *psychoses psychogènes*, dans le sens, premièrement, qu'elles sont déclanchées par des traumatismes

psychiques, de date récente et à action immédiate, ou qui remontent de plus en arrière dans le passé de l'individu. Mais cette action *pathogène* du traumatisme moral n'est que l'un des critères de ces troubles d'ordre psychogène. L'autre, aussi important, et qui démontre justement ce que j'ai appelé « l'intégration psychologique », c'est que le *contenu* de la psychose, les symptômes maladifs, sont rigoureusement déterminés par le traumatisme psychique, par son caractère, par son contenu spécial. D'une façon directe, comme dans les délires de réminiscence ; d'une façon indirecte, « masquée », par conversion, par transformation, par symbolisme, comme dans les obsessions et les impulsions, par évasion enfin, ou « refuge dans la psychose », comme dans les amnésies systématisées, dans les délires de désir, etc.

A l'action *pathogène* du traumatisme psychique s'ajoute donc son action *pathoplastique*. Et il faut bien tenir compte de cette action double pour comprendre l'individualité de ces accidents mentaux et nerveux et pour en faire le diagnostic.

La notion des psychoses psychogènes constitue, pour moi, une acquisition importante pour les systèmes psychiatriques. Je n'ai pas l'intention de m'étendre sur les aspects cliniques si polymorphes que peuvent revêtir les psychoses psychogènes. Je peux vous renvoyer aux travaux de Wilmanns, de Liefert, de Bonhoeffer, de Birnbaum surtout, et aux publications toutes récentes de Dupré, de Halberstadt, de Mignard, de Minkowski, entre autres. Du reste, dans l'étude de Roussy et Lhermitte sur les « psychonévroses de guerre », vous trouverez une application assez étendue des idées de Janet-Freud.

Mais on peut remonter encore plus haut dans la *Clinique psychiatrique* pour retrouver ces idées. Votre illustre *Morel* a bien connu « ces mauvaises idées » qui naissent de nos passions, dont nous avons honte et qui sont « refoulées » pour de nouveau surgir et se revêtir « d'une réalité chimérique » dans le délire. Et votre immortel *Briquet,* dont la conception de l'hystérie est devenue tout à fait moderne, au moins à l'étranger, où on oublie seulement, trop souvent, de citer son nom, *Briquet* a le premier donné la *formule psychopathologique des psychoses psychogènes* en prononçant ces mots :

« On ne devient hystérique qu'après avoir souffert. »

M. Aug. Ley (de Bruxelles). — Messieurs, je désire joindre tout d'abord mes félicitations à celles qui ont déjà été adressées au rapporteur. Il a synthétisé de façon claire une question particulièrement difficile et compliquée.

Personnellement, j'ai lu l'œuvre de Freud vers 1911-1912. J'ai fait à son sujet, à cette époque, une communication à l'Institut de Sociologie à Bruxelles et j'en parle depuis lors dans mon enseignement. J'ai aussi depuis lors pratiqué la psycho-analyse, dont il est imprudent de parler sans en avoir fait soi-même. J'y vois surtout un avantage : c'est une *méthode clinique* relativement simple de mettre en évidence des complexus affectifs conscients ou inconscients à caractère *souvent* sexuels. Elle m'a paru une bonne méthode si l'on se garde des interprétations intempestives.

Un concept freudien intéressant, dont peut-être notre rapporteur n'a pas suffisamment souligné l'importance, est celui du « refuge dans la maladie ». Certaines manifestations psychopathologiques sont certainement des processus défensifs. Le malade se réfugie dans la psychose pour échapper à des réalités gênantes, à une situation désagréable. Cette conception originale m'a paru jeter une lumière très vive sur certaines manifestations hystériques et j'ai eu la bonne fortune d'observer à ce sujet le cas bien typique d'une hystérique faisant des crises d'onirisme et se réfugiant dans une personnalité seconde, chaque fois qu'une difficulté se présentait à elle. Le déterminisme sexuel pouvait être écarté dans la plupart de ses crises. Si une fois elle est entrée en état second pour avoir rencontré son amoureux ayant au bras une autre femme, ce fut aussi pour avoir eu une dispute avec son frère, puis une autre fois parce que les Allemands lui refusaient un passe-port pendant l'occupation, puis parce qu'on bombardait son village.

C'est le procédé de réaction imaginative fréquent chez le type mental à prédominance de ce que Groos a nommé la fonction *secondaire*, c'est-à-dire celle qui est exercée pour nos représentations mentales après qu'elles ont disparu de la conscience, quand elles sont oubliées, la fonction *primaire* représente au contraire leur action tant qu'elles sont présentes à la conscience. Heymans a basé sur ces données une classification intéressante des caractères, avec un type *positif*, qui vit dans le présent, dans l'activité immédiate et pratique et un type *imaginatif* qui s'évade facilement de l'activité pré-

sente et du réel pour vivre son rêve et ses souvenirs. C'est la réaction mentale habituelle de certains sujets, de fuir ainsi la réalité, laissant prédominer la fonction secondaire de l'esprit.

Deux mots de l'argument thérapeutique en psycho-analyse : il ne m'a jamais impressionné, et je ne crois pas à une valeur spécifique de la méthode. *On s'occupe des malades*, voilà la grande question. Le psychopathe rebuté de partout trouve quelqu'un qui s'intéresse à lui, il a un soutien et un appui et nous savons que toutes les méthodes, dans ces conditions, peuvent avoir du succès, que ce soit l'hydrothérapie, l'électrothérapie ou un procédé quelconque de psychothérapie. Il est à remarquer d'ailleurs que les synthèses nouvelles à créer pour guérir un hystérique, un obsédé, peuvent se créer par d'autres méthodes que celle de la recherche longue et patiente de complexus affectifs refoulés. La guérison brusque d'accidents hystériques par affirmation, par suggestion, par contrainte, est classique et démontre que les souvenirs traumatiques oubliés ne sont pas le seul mécanisme de production de ces accidents.

Je suis d'accord avec le Dr Hartenberg pour dénoncer le danger de la vulgarisation des méthodes et des principes psycho-analytiques. Peut-être n'a-t-il pas suffisamment, dans son attaque véhémente, fait la distinction entre le public et les médecins. C'est contre la propagation des conceptions freudiennes dans le public que nous devons mettre en garde, et il m'a été affirmé qu'en ce moment se produit en Amérique une véritable épidémie psycho-analytique et qu'il n'est pas une écolière qui ne cherche à interpréter ses rêves dans un sens symbolique spécial, suite à la lecture d'une brochure de vulgarisation.

Il y a là un véritable danger, et Hartenberg a raison de dire que c'est au nom de l'hygiène mentale qu'il faut protéger les esprits contre pareille contagion. La petite expérience faite à la Salpêtrière au temps de Charcot ne concernait qu'un milieu restreint, mais la psycho-analyse vulgarisée peut donner lieu à une épidémie psychique d'une autre envergure.

En résumé, je vois surtout dans la psycho-analyse une *méthode* clinique intéressante et utile. La clinique doit utiliser de plus en plus les méthodes d'expérimentation psychologique.

Mais c'est à l'esprit latin à dégager la psycho-analyse de la boursouflure mystique et prétentieuse que certains propagateurs de la doctrine ont voulu lui infliger. Il faut qu'on cesse d'en faire un système de métaphysique universelle dominant et réglant toutes les conceptions humaines de philosophie, d'art, d'éthique et de religion.

M. Repond (de Monthey). — J'ai été vivement intéressé par la lecture du rapport du Dr Hesnard et l'audition des commentaires qu'il vient d'y ajouter. J'ai apprécié tout particulièrement l'effort d'objectivité qu'il impose à sa critique, sa profonde connaissance du sujet et la parfaite courtoisie de ses objections.

La virulence des spirituelles attaques du Dr Hartenberg ne m'a ni anéanti ni même fortement ému. Quand on s'occupe de psycho-analyse on est habitué à de pareilles excommunications.

Une remarque cependant : il n'est pas juste de qualifier la psycho-analyse d'importation germanique. Il ne faut pas oublier en effet qu'avant la guerre, la presque unanimité, et maintenant encore, la majorité de la psychiatrie allemande officielle, condamnait la psycho-analyse avec une grande énergie et souvent avec une impétuosité pareille à celle que vient de montrer le Dr Hartenberg.

Je n'ai d'ailleurs ni la prétention ni l'intention de me poser en champion de la psycho-analyse freudienne. L'école de Bleuler, à laquelle je me rattache, est assez éclectique. D'une part, elle repousse, par exemple, le pansexualisme freudien, d'autre part, elle accepte certains mécanismes psychiques tels que l'hypercompensation d'Adler et bon nombre de conceptions dues à Jung et son école.

Je ne veux m'appliquer ici d'ailleurs qu'à faire ressortir l'importance des connaissances psycho-analytiques pour la psychiatrie clinique. Nous ne prétendons nullement vouloir tout expliquer par leur moyen et attribuons toujours une grande importance aux facteurs constitutionnels, terrain préparé sur lequel se développent et évoluent des symptômes morbides psychogènes justifiables de l'interprétation psycho-analytique.

L'expérience nous a enseigné que certains mécanismes psychiques, pour employer une expression assez peu heureuse, tels que refoulement, transfert affectif, complexes, autisme,

fuite dans la maladie, etc., se trouvent dans la totalité des psychoses fonctionnelles et même dans les états organiques, où, à vrai dire, ils ne jouent qu'un rôle généralement insignifiant.

Dans les psychoses fonctionnelles, au contraire, et surtout dans les états schizophréniques, nous estimons que la connaissance des grandes lois psychologiques, révélées par la psychoanalyse est absolument indispensable pour comprendre le malade et ses réactions morbides.

La schizophrénie, cette maladie mentale si grave et qui remplit nos asiles de déments, autrefois généralement incurables, n'offre plus maintenant un secret aussi hermétique grâce à ces nouvelles méthodes d'investigation. L'autisme farouche des malades, leur fuite dans un monde artificiel de rêveries et de délires, les bizarreries de leur attitude, les anomalies de leur conduite, les singularités néologiques de leur langage, le symbolisme de leurs stéréotypies, les buts inconscients poursuivis par la psychose elle-même, tout cela s'éclaire de façon prodigieusement intéressante.

Mais ce n'est pas seulement comme moyen d'investigation clinique que les méthodes psychoanalytiques nous rendent de précieux services. En effet, si la cure psychoanalytique ne peut être employée comme un traitement direct, la connaissance approfondie que l'analyse nous donne de l'état psychique des malades nous permet d'intervenir utilement, généralement même avec de brillants succès au point de vue thérapeutique.

Nous pouvons par exemple résoudre des conflits symboliquement exprimés par la psychose, trouver des compromis qui permettront au malade une reprise de contact avec la réalité, nous pouvons rompre son autisme, éveiller en lui certaines tendances saines mais latentes sous le débordement luxuriant du délire.

Je ne puis vous donner ici une statistique thérapeutique. Qu'il me suffise de vous affirmer qu'avec l'appui de ces nouvelles méthodes, complétées évidemment au point de vue traitement par un ensemble de mesures sociales, le tableau si sombre et si désespérant des psychoses schizophréniques s'est considérablement éclairci. En tout cas, les résultats que nous obtenons sont si favorables, soit dans les cas aigus et même dans les cas chroniques que je ne puis que recommander vivement à mes confrères français de bien vouloir tenter des essais. Le succès, j'en suis sûr, récompensera leurs efforts.

M. Lépine (de Lyon). — Je crois opportun de faire remarquer que l'étude de la psychoanalyse figure au programme officiel de l'enseignement psychiatrique depuis assez longtemps en France, et non, comme on pourrait le croire d'après une phrase du rapporteur, depuis une date récente. J'ai moi-même consacré dès 1913 quelques leçons, renouvelées depuis, à cette méthode. Cette observation a pour but de ne pas laisser se répandre à l'étranger la légende que les critiques adressées en France à la psychoanalyse viennent d'une connaissance insuffisante de la question.

Celle-ci est complexe. Il est facile, mais peut-être aussi injuste, de faire ressortir, comme vient de le faire avec beaucoup de talent M. Hartenberg, les ridicules de la psychoanalyse poussés à l'extrême, cela sans même tenir compte des fantaisies de disciples outranciers. La psychoanalyse n'est pas uniquement cela, et l'on peut d'autant moins la condamner en bloc que telle de ses méthodes n'est pas sensiblement différente de celles usitées couramment dans la psychiatrie française. Ses promoteurs ont eu le mérite d'attirer l'attention sur certains faits psychologiques connus mais en général laissés dans l'ombre. Leur erreur est d'avoir cru à l'existence de lois et de systèmes dans un domaine aussi délicat et aussi mobile que la vie intime de chaque individu.

Notre critique, faite de mesure, de bon sens et du besoin de clarté, ne peut s'accommoder de ces excès, mais il serait fâcheux que l'on en vînt à refuser une attention suffisante aux données légitimes de la psychoanalyse, surtout en considérant celle-ci comme une production étrangère. Si certains pays ont donné une large hospitalité à la méthode nouvelle, ce n'est peut-être pas, comme on pourrait le croire, par un défaut de moralité, mais au contraire parce que ce sont des pays à fortes habitudes religieuses de pensée, et que toutes les religions qui développent la honte du corps et le remords des péchés sexuels risquent d'enfermer certains sujets dans des cas de conscience et des scrupules que la méthode de Freud a beau jeu à découvrir.

D[r] Minkowski (Paris). — Après le remarquable rapport de M. Hesnard, je voudrais simplement préciser quelques points. J'ai exposé ma façon de voir, en ce qui concerne la psychoanalyse, dans la séance du mois de mars de la Société de Psychiatrie. Nous avons intérêt à envisager cette doctrine

comme hypothèse de travail d'ordre purement médical. Ceci nous met à l'abri de généralisations philosophiques et psychologiques, mais nous permet de nous en servir là où les données de l'expérience le rendent possible ou l'exigent même de nous. Il paraît vain de reprendre la discussion là où elle se trouvait il y a vingt ans. La question qui se pose aujourd'hui n'est plus : Suis-je pour ou contre la psychoanalyse, mais : quelle influence les doctrines psychoanalytiques ont-elles déjà exercée sur la médecine mentale et dans quels cas y a-t-il lieu de les appliquer, dans un but thérapeutique. Un travail patient de délimitation devient nécessaire avant tout.

Dans cet ordre d'idées, il paraît utile de séparer nettement la psychoanalyse, dans le sens strict du mot, de l'école de l'asile de Zurich. Ceci est conforme à la façon de voir des deux maitres, Freud d'un côté et Bleuler de l'autre. Cette différence a une raison historique profonde. Freud est parti des notions élaborées par Charcot et Janet, il le dit lui-même ; il finit par construire sa propre théorie ; son domaine est celui des psycho-névroses ; les psychoses et les problèmes de la psychiatrie clinique restent à l'arrière-plan, la psychoanalyse passe à côté de ces problèmes. Ceci d'ailleurs n'est pas un reproche, aucune théorie ne semble pouvoir embrasser dans leur ensemble tous les problèmes dont a à s'occuper la psychopathologie. Je rappelle le mémoire présenté à ce sujet par M. Binswanger au Congrès de Haag, en 1920.

Une tout autre voie nous mène à Bleuler ; elle suit l'évolution d'une notion purement clinique, celle de la démence précoce. Le prédécesseur de Bleuler est, à ce point de vue, Kræpelin.

Les deux directions dont nous venons de parler, s'entrecroisent, pour ainsi dire, dans Bleuler. Il introduit, sous l'influence de la psychoanalyse, dans ces concepts cliniques les notions de complexe et de l'autisme. Ces notions donnent une orientation nouvelle au concept de la démence précoce. C'est ainsi que naît la « schizophrénie ». L'influence de la psychoanalyse est incontestable mais elle n'épuise pas le contenu de ce nouveau concept. Son évolution ultérieure nous le montre. Il s'éloigne des idées psychoanalytiques, proprement dites, et donne naissance à des problèmes nouveaux. Il s'agit, d'un côté, de préciser davantage la notion du contact avec la réalité qui a certainement des points communs avec la « fonction du réel » de Janet. Il nous mène, d'autre

part, aux questions touchant à la constitution. Ici aussi nous trouvons des points de jonction avec la psychiatrie française. Les travaux de M. Claude et de ses élèves en sont la preuve. M. Logre également, dans son « Exposé de titres », annonce une étude sur « L'imagination à forme de rêverie et la schizoïdie » et une autre sur « La syntonie et l'émotivité réceptive ».

Il y a intérêt ainsi à séparer, du point de vue méthodologique, l'école de Vienne de l'école de Zurich, ceci d'autant plus que les problèmes soulevés par la notion de schizophrénie s'entrecroiseront probablement prochainement encore une fois avec les doctrines psychoanalytiques et contribueront à résoudre les questions importantes dont nous avons parlé au début. La psychoanalyse, conception essentiellement dynamique, dans l'enthousiasme de la première heure, n'accordait peut-être pas à la constitution la place qui lui revient. L'évolution de la notion de schizophrénie nous ramène de plus en plus au problème de la constitution. Nous ne sommes pas placés devant l'alternative : complexe *ou* constitution, mais étudions bien davantage la question : complexe *et* constitution, ou bien : dans quelle mesure le complexe, et dans quelle mesure la constitution. Il s'agit d'étudier l'influence qu'exerce la constitution de l'individu sur la formation du complexe chez lui et de déterminer ainsi le rôle joué par celui-ci dans la pathogénie du trouble mental étudié.

Encore un mot au sujet de l'épreuve que recommandent MM. Logre et Hesnard : soumettre un malade à une analyse pratiquée séparément par deux analystes éprouvés. Cette épreuve ne me paraît guère compatible avec le sens même de la psychoanalyse. Mais est-elle réellement nécessaire ? M. de Muralt (de Zurich) a demandé récemment à plusieurs psychoanalystes de lui donner l'interprétation d'un rêve qu'il leur avait envoyé, accompagné d'associations libres et de quelques renseignements sur le malade. Les réponses différaient sensiblement les unes des autres et il était assez facile de reconnaître parmi les auteurs les partisans de l'école de Freud d'un côté, et de celle de Jung de l'autre. Est-il permis de voir dans cette circonstance la faillite de l'interprétation des rêves ? Je ne crois pas. Elle prouve seulement que le facteur personnel intervient en psychoanalyse comme dans tout autre procédé psychothérapique ; ceci ne diminue pas

sa portée, puisque l'intuition du médecin à elle seule ne suffit pas et a besoin de données psychologiques pour pouvoir bâtir son œuvre thérapeutique. Plus ces matériaux seront nombreux, mieux ça vaudra ; c'est pourquoi tout moyen nouveau qui nous permet de les découvrir mérite une étude attentive. Mais il ne faut pas oublier qu'ici comme ailleurs un bon ouvrier fera avec un outillage médiocre un travail bien meilleur qu'un mauvais artisan entre les mains duquel on aura mis des instruments perfectionnés.

M. Logre (de Paris). — Prenant comme type une observation de Freud lui-même, on peut montrer 1° les vices de la *méthode* freudique : sens insuffisamment exigeant de l'évidence, infraction fréquente aux méthodes cartésiennes ; et 2° les dangers de l'*application* : danger familial, mésestime de la femme pour le mari, complexes incestueux divers, etc. ; suggestion provenant de la force que donne l'attention à des éléments affectifs, peut-être secondaires, mais que la lumière de la conscience accroît au lieu de les dissoudre (opposer au « pouvoir curateur » du passage à la conscience son pouvoir pathogène, fréquent et redoutable).

M. J. Froment (de Lyon). — Sans prendre parti systématiquement contre la psychoanalyse je voudrais simplement indiquer quelques contre-indications à mon avis formelles de cette méthode thérapeutique.

La psychoanalyse me paraît nettement contre-indiquée dans la cure des accidents dits hystériques ou pithiatiques. Moins on s'intéresse à un tel accident, moins on s'attarde à l'étudier, à le prendre en considération d'une manière quelconque, plus vite il sera possible de dissiper la fiction qu'il représente. La seule méthode de traitement rationnelle est la contre-suggestion faite séance tenante, et sans aucune mise en scène, l'attaque brusque et inopinée qui prend le malade au dépourvu et ne l'abandonne, toutes affaires cessantes, qu'une fois le résultat obtenu. C'est la méthode de Babinski et de son école. La guérison obtenue à huis clos, il faut la faire constater par des témoins, la rendre publique. Après avoir félicité le malade de sa bonne volonté et de ses efforts, alors même que, dans la généralité des cas, il n'en a guère donné de preuves et s'est montré jusqu'à la défaite singulièrement rétif, il faut se hâter de ne plus parler de l'accident, ni de la cure.

Toute méthode de traitement qui retient ou ramène l'attention du malade sur son impotence est à rejeter. C'est pourquoi nous proscrivons la psychoanalyse au même titre que l'hypnotisme. Nous voulons de toutes manières laisser au sujet observé l'impression qu'il n'est qu'un normal, alors qu'il a généralement la prétention et l'ambition d'être un cas pathologique intéressant.

Dira-t-on que nous laissons ainsi de côté le tempérament hystérique et que nous ne cherchons pas à le modifier. Mais est-on bien en droit de parler d'hystérie-maladie et ne devrait-il pas toujours être simplement question d'accidents hystériques-pithiatiques greffés sur des états psychiques qui accidentellement et temporairement ou constitutionnellement y prédisposent.

En tous cas, la grande hystérie d'autrefois ne se voit plus, depuis que l'on ne fait plus d'hystéro-culture.

Ajoutons enfin que l'on ne peut faire aucun fond sur les renseignements tirés de la psychoanalyse ou de toute autre enquête psychologique, quelle qu'elle soit, chez des sujets dont les tendances mythomaniaques sont bien connues, qui se comportent souvent comme des demi-simulateurs et auxquels, en tout cas, un médecin convaincu peut suggérer absolument tout ce qu'il voudra.

A bien peu d'exceptions près, nous croyons également la psychoanalyse dangereuse chez l'anxieux et le petit obsédé. Sans doute ici l'analyse psychologique est utile. Mais c'est moins pour rechercher dans la nuit des temps et dans les tréfonds de la conscience l'origine supposée de son obsession, que pour montrer à l'intéressé comment par des habitudes et une hygiène défectueuse de la pensée, il entretient, cultive et renforce sans cesse anxiété et obsessions.

Pour y échapper, il n'a qu'une porte de sortie, fuir par tous les moyens son obsession, s'occuper, se distraire, faire de la diversion.

Une seule remarque pour terminer. Quel est celui d'entre nous qui autoriserait un psychoanalyste, élève de Freud, à appliquer sa méthode à l'étude des rêves de sa femme ou de sa fille ? Quel est celui qui permettrait à ce psychoanalyste de communiquer à celle-ci l'interprétation symbolique qu'il fait de ses songes ? La plupart d'entre nous ne craindraient-ils pas de créer de toutes pièces des obsessions qui surtout pour les caractères impressionnables et scrupuleux seraient susceptibles de persister et de s'enraciner.

Une méthode d'analyse dangereuse pour le normal deviendrait-elle par hasard inoffensive pour le névropathe qui par définition cependant est encore plus vulnérable.

M. Charles GRAETER (de Bâle). — Comme il y a vingt-cinq ans déjà que je pratique la Psychoanalyse, j'ai eu une grande joie à la voir sur le programme de votre congrès, et à entendre votre rapporteur. J'espère qu'il aura réussi à faire pénétrer de plus en plus cette importante méthode explorative et thérapeutique. Car ce n'est que par elle que nous arrivons à vraiment comprendre et à réellement guérir l'hystérie, car les guérisons dont vient de nous parler le Dr Froment n'en sont en vérité pas.

Mais pourtant je comprends la sévère critique du rapporteur et l'appuyerai même en partie : mais, avec les restrictions déjà faites des Drs Boven et de Saussure que j'approuve complètement.

Ce que je ne comprends pas c'est qu'il nomme l'expression de Psych-analyse au lieu de Psycho-analyse un germanisme. Ou bien est-ce qu'en France on dit métallo-urgie ou Psychoiatrie, ou métallurgie et Psychiatrie ? Ce n'est d'ailleurs pas un Allemand qui a proposé cet abrégé de Psychanalyse mais un Suisse Français, Forel.

Dans son rapport, le Dr Hesnard nous a demandé pourquoi chez les normaux le refoulement ne les a pas rendus malades. Il est vrai que nous tous nous refoulons journellement quantité de sentiments et que chez beaucoup de névropathes il n'y a pas toujours de refoulement morbide à trouver. Quel est donc chez eux le vrai dynamisme morbide ? J'ai trouvé, me semble-t-il, une solution très simple, l'explication de Freud des symptômes hystériques par la conversion ne m'ayant jamais entièrement satisfait.

Toujours, par un choc émotif, par un conflit ou inassouvissement affectif il se produit un sentiment désagréable, soit avec, soit sans refoulement. Or toujours avec un sentiment il s'opère parallèlement au changement psychique un changement physique dans un organe quelconque. C'est ce que Freud s'expliquait à l'aide de la conversion par suite du refoulement et du barrage affectif produit. Mais avant ce refoulement, et sans lui, déjà les changements physiques existent, quoique moins forts peut-être et mieux compris.

Or il y a des personnes qui peuvent tout de suite s'en

débarrasser et trouver le bon côté et même un avantage à ce qui leur est arrivé. Ils sont ce que le Français appelle « débrouillards ». Mais ceux qui ne le sont pas suffisamment maintiennent leurs sentiments désagréables et ne peuvent pas s'en défaire ou d'une mauvaise manière, ils restent malades. L'hystérie n'est donc rien d'autre qu'un sentiment désagréable duquel on ne peut pas se débarrasser, soit qu'on le maintienne tel quel sans réussir à trouver une consolation, soit en essayant de réagir mais d'une manière fausse en souffrant davantage encore, ou en commettant une action anti-sociale ou un acte criminel, soit en tâchant de refouler. C'est dans ces cas surtout que la psychanalyse est avant tout nécessaire pour la guérison. Comment veut-on guérir des maux d'estomac quand on ne sait pas d'où ils proviennent ? Dans les cas de refoulement, les malades ne le savent plus, ils l'ont oublié, tandis que les changements physiques désagréables se sont maintenus, ou après avoir diminué pendant un certain temps ils se sont aggravés de nouveau par une association subconsciente quelconque. Ce n'est que par la psychanalyse, dans l'hypnose ou par les rêves que nous pouvons éclaircir ces cas en retrouvant la cause primordiale. Une simple suggestion, une leçon morale ne suffit pas. C'est justement ces cas qui auparavant ont vainement été traités ou « Torpillés » par quantité de médecins que nous guérissons durablement par la psychanalyse. La guérison comment s'opère-t-elle ? Par décharge seulement ? Je ne le crois pas, c'est parce que le malade en racontant après des années ce qui l'avait troublé, le voit d'un tout autre côté, en trouve la consolation, et par ça transforme le sentiment désagréable, inconscient qu'il avait en lui, avec ses symptômes physiques, en sentiment agréable. Il est guéri.

S'il ne réussit pas par lui-même nous pouvons lui aider, et en apprenant à connaître tous les événements et conflits de sa vie, nous arrivons ainsi à faire son éducation morale et lui apprendre à connaître l'art de la vie, qui le maintient en bonne santé en lui montrant comment il aurait dû s'y prendre dans les cas mentionnés pour le faire par lui-même en avenir. L'hystérie ou autrement dit les psychonévroses ne sont donc que des dérangements affectifs, la dénomination la plus exacte que je leur ai trouvé et que je propose est celle de « *dysthymie* » pour leur disposition et état chronique et de « *thymose* » pour les accidents aigus.

M. Anglade (de Bordeaux). — Je tiens tout d'abord à dire que la personnalité de S. Freud impose le respect et que son œuvre mérite de retenir toute notre attention. Je vois pour ma part dans le célèbre psychoanalyste viennois un travailleur acharné et sincère, aimant le malade de l'esprit et soucieux de lui être utile.

Sa méthode m'apparaît comme une conception originale, une théorie psycho-pathologique contestable dont je n'aperçois pas encore bien la portée pratique, mais dont je vois très nettement les inconvénients.

Cette méthode, compliquée, ténébreuse, a le défaut, grave pour une méthode psychothérapeutique, de ne disposer que d'une voie conduisant à une source pathologique unique, la « libido ». La psychiatrie française ne saurait se résigner à ne se mouvoir que dans un cercle aussi restreint. Elle repousse une notion étiologique stéréotypée, qui ramène toute la psychogenèse à un refoulement sexuel, et une doctrine thérapeutique qui s'appuie sur l'interprétation subjective du symbolisme du rêve.

Je m'en tiens pour ma part à la méthode française qui consiste à démonter pour ainsi dire pièce par pièce l'esprit du malade, à vérifier tous les rouages de son mécanisme sans la hantise de la panne, exclusivement « libidineuse ». Avec tact, avec prudence, on parvient à connaître la mentalité profonde du malade ; la confiance s'établit, et la psychothérapie s'exerce dans les conditions les plus favorables.

Malgré ma répugnance pour l'enseignement de la pratique régulière du Freudisme, je m'y résignerais néanmoins s'il m'était démontré que les obsédés, par exemple, en retirent un bénéfice. S'il m'est prouvé par des chiffres précis qu'il suffit de retirer de l'inconscient un complexe de refoulement, même par le moyen de l'interprétation des symboles oniriques, pour faire cesser la rumination mentale et l'angoisse des malades, non pour un temps mais pour toujours, je m'incline. Mais cette démonstration n'a jamais été faite.

Dès lors, je ne vois plus que le danger très réel, selon moi, d'un mouvement qui possède en lui-même des éléments de diffusion rapide et qui risque d'affaiblir l'action psychothérapeutique en la ridiculisant.

M. Flournoy (de Genève). — Ne se déclare pas convaincu de la justesse de la doctrine de Freud dans la même mesure

où la plupart de ses adversaires semblent être infailliblement persuadés de sa fausseté. Il rappelle que la méthode psychanalytique ne s'applique pas, en principe, à des cas de cliniques où d'asiles ; il s'agit de malades qui continuent à vaquer à leurs occupations habituelles. Comme cette méthode nécessite des séances journalières pendant des mois, elle implique dans la plupart des cas, aussi bien pour le médecin que pour le malade, des sacrifices considérables au point de vue du temps et au point de vue matériel. Il est néanmoins nécessaire de l'appliquer scrupuleusement selon les techniques suivies par Freud, Jung, Adler, etc., si l'on veut juger avec compétence les points de vue respectifs de ces auteurs. On ne saurait en tout cas se baser sur l'analyse d'un rêve ou d'un symptôme — même si au premier abord elle paraît ridicule ou contraire au bon sens — pour condamner la méthode. Toute psychanalyse représente un travail énorme, et F. signale quelques-unes des difficultés avec lesquelles le médecin se trouve aux prises dès le début du traitement.

M. Hesnard (de Bordeaux), rapporteur. — Maintient ses conclusions. Insiste sur le fait que sa critique a porté sur les exagérations outrancières de la psychoanalyse et non sur la méthode elle-même. Note que de rester inébranlable dans sa conviction, malgré les démentis des faits et les démonstrations, comme le sont certains psychanalystes, c'est faire de la science en croyant et non en savant. Croit que la religion et l'éducation peuvent produire un refoulement pathogène dans certains cas, plus peut-être en Alsace, où les mœurs sont loin d'avoir le relâchement qu'elles ont à Vienne, ville connue pour sa licence. Met en garde contre la culture que pratiquent les adeptes de la psychoanalyse avec moins d'inconscience toutefois que n'en eut jadis pour l'hystérie l'ancienne école de la Salpêtrière. S'incline devant la valeur et la probité scientifiques de la plupart de ses adversaires, notamment de Bleuler.

Gardant, en dépit des critiques, une position modérée, sympathique à la Psychoanalyse à cause de son avenir scientifique, il salue dans la doctrine de Freud la première ébauche, mal réussie mais indispensable, de la Psychologie affective de demain.

2me RAPPORT

NEUROLOGIE

TROUBLES NERVEUX ET CIRCULATOIRES CAUSÉS PAR LES COTES CERVICALES

RAPPORTEUR : **M. ANDRÉ-THOMAS (de Paris)**

RÉSUMÉ DU RAPPORT

Les côtes cervicales, qui existent virtuellement à l'état normal, produisent des accidents nerveux et circulatoires, lorsque leur architecture se rapproche de celle des côtes dorsales. Même dans cette condition, elles ne donnent pas constamment lieu à ces deux sortes d'accidents. Elles n'ont été souvent que des trouvailles d'autopsie ou des surprises d'examens radiographiques.

L'apophyse transverse de la 7e vertèbre cervicale est formée de deux lames : l'une postérieure ou apophyse transverse proprement dite, l'autre antérieure qui n'est qu'une côte. Cette conception s'appuie sur des arguments d'ordre anatomique (anatomie humaine et comparée), embryologique et phylogénétique. De toutes les côtes cervicales, la 7e a persisté le plus longtemps dans l'évolution phylogénétique, et c'est par un processus de régression phylogénétique (anomalie réversive) que la 7e côte cervicale tend à reprendre ses caractères de côte vraie. Cette régression peut s'étendre à d'autres vertèbres cervicales (6e, 5e, 4e) mais beaucoup plus rarement.

La 7e côte cervicale se présente sous divers aspects :

1° *complète,* parfaite — tout à fait semblable à une côte thoracique — ou imparfaite (côte s'étendant de la vertèbre au sternum, mais incomplètement ossifiée) ; 2° *incomplète* (développement incomplet du corps, l'extrémité antérieure libre ou fixée à la première côte thoracique, côtes bicipitales, etc.). Une apophyse exagérément développée (costiforme) peut rentrer dans cette catégorie.

Les côtes cervicales dorsalisées, complètes ou incomplètes, affectent des rapports plus ou moins intimes avec le plexus brachial, les branches du plexus cervical, les gros vaisseaux plus spécialement l'artère sous-clavière, d'où l'apparition d'accidents de compression, tiraillement, distension...

Les côtes cervicales sont plus fréquentes chez la femme et les accidents nerveux s'y montrent également avec une réelle prédilection. Elles existent à la naissance et ne produisent des accidents que beaucoup plus tard. Il faut faire entrer en ligne de compte des causes accessoires : longueur, direction, forme ; diminution de l'élasticité des os, des cartilages, des ligaments avec l'âge ; mobilisation excessive des membres supérieurs, port de poids lourds, efforts, traumatismes, fractures, infection générale, poussées de périostite ou ostéogénétiques, bourse séreuse enflammée, etc.

Les accidents sont produits principalement par la compression ; au cours des interventions chirurgicales, les nerfs n'ont pas été trouvés très endommagés, sauf dans quelques observations : une ou plusieurs racines étaient engaînées dans un étui fibreux.

Les côtes sont souvent bilatérales, les accidents le plus souvent unilatéraux. Les troubles nerveux sont plus fréquents que les troubles circulatoires.

Accidents nerveux. — Ils affectent le plexus brachial et le plexus cervical, le premier plus souvent que le deuxième.

Les troubles subjectifs de la sensibilité sont les plus habituels et les plus précoces : douleurs radiculaires, paresthésies, fourmillements, engourdissements, picotements, brûlures, sensations de bras mort, refroidissement, douleurs irradiées, crampes. Ces paresthésies prédominent sur la face interne de l'avant-bras et les deux derniers doigts, mais elles peuvent siéger sur la face externe de l'avant-bras, parcourir tout le membre supérieur, etc. Elles sont fixes et sourdes ou procèdent par crises.

Elles s'exagèrent sous l'influence des mouvements respira-

toires, de l'effort, de certains mouvements du bras, chez quelques malades pendant la nuit. La pression au niveau du creux sus-claviculaire les réveille avec leurs caractères habituels.

La pathogénie en est complexe ; action directe sur les fibres nerveuses ou indirecte, par l'intermédiaire des troubles circulatoires.

Les paresthésies dans le domaine du plexus cervical peuvent s'expliquer par irritation directe des filets nerveux au contact d'une côte libre et saillante, soit par des perturbations circulatoires ou vasomotrices dans les collatérales de la sous-clavière.

Les troubles *objectifs* de la sensibilité (hypoesthésie plus fréquente que l'anesthésie ou l'hyperesthésie) affectent une topographie *radiculaire* et occupent le plus souvent le territoire de la 8e racine cervicale et de la 1re racine dorsale, le bord interne de l'avant-bras et les deux derniers doigts, mais ils peuvent être distribués, quoique plus rarement, dans d'autres territoires. Ils n'occupent pas toujours tout le territoire d'une racine (parcellaires).

Les troubles *objectifs* affectent plus rarement une *topographie segmentaire* et ils sont alors associés à des troubles circulatoires très accentués.

Les *réflexes* se comportent assez différemment suivant les cas ; il n'existe pas un rapport constant (au point de vue de la radiculation) entre l'état des réflexes et celui de la sensibilité, de la motilité.

Les troubles de la *motilité* sont de plusieurs ordres.

1° Impotence diffuse avec phénomène de claudication par gêne circulatoire au niveau des racines comprimées, ou par compression directe des fibres nerveuses.

2° Impotence par gêne circulatoire permanente (compression de l'artère sous-clavière) ;

3° Impotence occasionnée par la douleur ;

4° Troubles de la motilité systématisée radiculaires, les plus fréquents. La paralysie et l'atrophie, généralement mais pas fatalement associées, sont distribuées dans les petits muscles de la main : hypothénar, interosseux, court fléchisseur et adducteur du pouce, innervés par C^{8}, D^{1}, ou dans le court abducteur et l'opposant innervés par C^{7}, plus rarement dans les autres muscles innervés par les autres racines. Cependant, à côté de ces deux types, la paralysie et l'atrophie ont été rencontrées dans les muscles de l'avant-bras et du bras ; on

a observé la paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial avec ou sans syndrome oculo-pupillaire (type Klumpke), la paralysie localisée dans le territoire radiculaire supérieur est beaucoup plus rare.

La paralysie partielle de l'éminence thénar (paralysie de l'opposition) est un bel exemple de paralysie régionale et radiculaire dissociée.

Les réactions électriques sont modifiées, depuis la diminution de l'excitabilité jusqu'à la réaction de dégénérescence.

Suivant les muscles intéressés, la paralysie entrave plus ou moins tel acte ou telle profession.

Il n'existe pas toujours une superposition parfaite entre les troubles de la motilité et ceux de la sensibilité, au point de vue de la distribution radiculaire.

On a encore signalé des troubles de la phonation qui ont été attribués à une compression du recurrent, mais la plupart des auteurs en nient la possibilité. Les accidents dans le domaine du phrénique sont exceptionnels.

Les *troubles circulatoires* consistent en modifications de la coloration et de la température de la main, cyanose, pâleur, refroidissement, augmentant par l'exercice, le froid, procédant par crises ; affaiblissement et disparition du pouls, modification de la pression artérielle et des oscillations.

Le pouls varie suivant certaines conditions : la position du membre, le port d'un poids lourd, la compression du creux sus-claviculaire...

La thrombose et la gangrène sont rares, l'anévrysme a été plusieurs fois signalé.

La compression de la veine est plus rare que celle de l'artère, elle a pour conséquence l'œdème, la dilatation du réseau veineux sous-cutané.

Parmi les troubles circulatoires, quelques-uns font penser tout autant à un trouble sympathique qu'à un trouble par compression artérielle.

Les *troubles sympathiques* sont localisés soit dans le domaine du sympathique cervical, éventualité relativement rare qui se traduit par un syndrome oculopupillaire, exceptionnellement par des troubles circulatoires dans l'hémiface correspondante ; soit dans le membre supérieur et ce sont ceux qui prêtent le plus à la discussion. Ces derniers peuvent être dus à la compression directe des racines, ou à une traction exercée sur les communicants, à la compression des

plexus périartériels. Les troubles attribués à une perturbation vasomotrice n'ont pas été examinés le plus souvent dans des conditions telles que leur origine ne laisse subsister aucun doute. L'hyperthermie permanente a plus de valeur que l'hypothermie et la cyanose, surtout si elles sont associées à un syndrome oculopupillaire. Il serait utile d'examiner les réactions sudorales et les réflexes pilomoteurs ; dans un cas, ceux-ci étaient abolis par plaques dans un territoire radiculaire.

La scoliose cervicodorsale n'est pas exceptionnelle chez les porteurs de côtes cervicales.

Le diagnostic est en général facile depuis que l'on dispose de la radiographie, toutefois les mêmes accidents peuvent être produits par une simple bande fibreuse tendue entre l'apophyse transverse de la 7e vertèbre cervicale et la 1re côte. L'examen de la région sus-claviculaire ne doit pas être négligé (inspection, palpation, auscultation).

Les accidents produits par les côtes cervicales ne sont pas fatalement définitifs, surtout dans les formes légères ; ils peuvent s'améliorer et guérir spontanément.

La *thérapeutique* est médicale et chirurgicale.

Parmi les agents physiques susceptibles de calmer la douleur, la radiothérapie occupe la première place.

Les grandes impotences, les paralysies progressives, les douleurs sont justiciables d'une *intervention chirurgicale*, surtout chez les sujets pour qui l'exercice de la profession est une cause d'aggravations continuelles ou de recrudescence.

L'opération est délicate. Elle doit être aussi complète que possible, la résection sous-périostée est universellement rejetée. A côté de quelques résultats nuls, de nombreux succès ont été enregistrés. Ils sont plus complets vis-à-vis des douleurs et des troubles sensitifs que vis-à-vis de la paralysie et de l'atrophie.

L'opération laisse parfois après elle quelques accidents dus à la compression des racines par les écarteurs ou à leur traction, au désengainement des racines (paralysie du plexus brachial, douleurs) ; ils sont généralement fugaces. On a encore signalé des douleurs plus tardives dues à l'irritation des branches du plexus cervical par le tissu cicatriciel.

L'intervention chirurgicale est encore indiquée et efficace vis-à-vis des troubles circulatoires.

Discussion

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — Je désire insister sur la contingence de l'expression clinique des côtes cervicales.

En raison de manifestations sympathiques et vasculaires, du membre supérieur gauche, j'ai fait à Laennec chez une jeune fille, en 1921, le diagnostic de compression par côte cervicale gauche. Or, la radiographie a bien confirmé mon diagnostic, mais elle a révélé à droite la même anomalie osseuse qu'à gauche, et cependant les troubles dont se plaignait la malade étaient exclusivement localisés à gauche.

D'ailleurs, très souvent, la côte cervicale est une surprise radiologique.

Il en fut ainsi chez le paranoïaque, dont je vous passe la radiographie. Vous y voyez deux côtes supplémentaires dépendant de la 7e vertèbre cervicale, admirablement développées. Or, elles n'ont entraîné jusqu'alors aucune manifestation clinique.

Je note, en passant, cette association d'état psychopathique constitutionnel et de côte cervicale. Cette anomalie osseuse ne doit pas étonner chez un anormal psychique. L'une et l'autre tares sont fonction de la dégénérescence.

Dans certains cas inverses, on peut penser à une côte cervicale, et elle n'existe pas. Ainsi, chez un violoniste, qui était venu me consulter cette année pour de la fatigue rapide de sa main gauche et de la difficulté des mouvements des doigs ou fourmillements quand il jouait du violon, j'avais, en raison de la diminution de la pression artérielle à gauche, portant seulement sur la minima, en raison d'une hyperesthésie tactile, douloureuse et thermique en bande à la face interne du membre dans le domaine de D^1 et de ces manifestations de pseudo-crampes professionnelles, déjà citées dans la symptomatologie des côtes cervicales, pensé à une côte surnuméraire comprimant le paquet vasculo-nerveux dans le creux sus-claviculaire. Or, la radiographie ne montra pas d'anomalie osseuse. Je pense donc qu'il faut incriminer la scoliose cervico-dorsale à concavité gauche qui existe dans ce cas, à moins qu'il s'agisse d'une bride fibreuse, comme l'a contrôlé plusieurs fois André Thomas.

M. H. Roger (de Marseille). — Je n'ai eu l'occasion, ces derniers temps, d'observer que trois cas de côtes cervicales typiques.

L'un d'eux met bien en relief le syndrome de *crampes* excellemment décrit par le rapporteur.

Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années qui souffre de crampes de la main gauche uniquement quand, le matin, il veut se lacer ses souliers. Comme la crampe dure une dizaine de minutes et se répète aussitôt qu'il veut recommencer cet acte, il en est très gêné. L'examen somatique ne montre qu'une hypoesthésie relative du bord cubital de la main : la radio une côte cervicale. Fait particulier, ces troubles ne durèrent pas plus d'un mois, ayant disparu après les deux radiographies, faites dans un but diagnostique, mais qui ont peut-être eu une action thérapeutique.

Mes deux autres cas concernent des côtes cervicales accompagnées de torticolis.

L'un est un cas un peu complexe, pour lequel se pose l'influence du traumatisme dans l'extériorisation des symptômes moteurs et douloureux dus à des côtes cervicales : un jeune maçon de 23 ans, observé avec les Drs Picot et Dupeyrac, habitué à porter un baquet de mortier sur sa tête, fait une chute au cours de laquelle son baquet heurte sa nuque. Il accuse ensuite un torticolis, tête rigide et légèrement tournée vers la droite, et de la douleur dans le biceps gauche. L'examen montre une hyperesthésie de la nuque du côté gauche et une douleur à la pression profonde du biceps, qui détermine une irradiation dans l'hémicou ; une diminution du réflexe olécranien.

La radiographie établit : l'existence d'une côte cervicale bilatérale plus accentuée à gauche, — une côte supplémentaire partant de la deuxième vertèbre dorsale qui a deux côtes gauches distinctes, — un flou du corps de la Ve cervicale (tassement ou malformation ?), — une déhiscence des arcs postérieurs de la IVe (spina bifida occulta).

Ces malformations coïncident ave une implantation basse des cheveux sans réduction numérique cervicale très nette, avec d'autres malformations, enchondromes branchiaux bilatéraux préauriculaires, ptérygion congénital de l'œil droit.

Il nous est bien difficile, étant donnée l'insincérité des accidentés, de savoir si, antérieurement, ce malade n'avait pas

un certain degré de torticolis. Mais il nous semble que le trauma peut avoir contribué à révéler les conséquences de ces côtes cervicales, auxquelles il nous faut attribuer sinon tous les troubles cervicaux, du moins l'algie brachial.

Le troisième cas a trait à une femme de 34 ans, atteinte de mélancolie anxieuse avec tentative de suicide et internement de quelques mois, qui se plaint d'une raideur de la nuque et accuse surtout des spasmes inspiratoires, avec contractions désordonnées et arythmiques des muscles cervicaux, sorte de tic, qu'elle explique par la gêne respiratoire qu'elle dit éprouver.

La radiographie montre une VII[e] côte cervicale gauche unilatérale.

La malade nous est montrée par un chirurgien décidé à l'opérer. Tant au point de vue psychothérapique que pour agir sur les adhérences possibles, nous décidons, avant toute intervention, de faire en arrière de la nuque, au niveau d'une zone gauche hyperesthésique, dans la profondeur, au voisinage de la côte cervicale, une injection de sérum novocaïné. A la troisième injection, le torticolis spasmodique a disparu et n'avait plus reparu un an après, quand notre élève Pourtal a publié ce cas dans sa thèse (Montpellier, 1922, obs. XIX).

Il semble que la côte cervicale n'ait été ici qu'une cause prédisposante, un point d'appel pour la fixation d'un état psychonévrosique, rappelant dans ce cas l'ancien torticolis pour une fois véritablement mental.

M. J. Froment (de Lyon). — Le rapport si clair, si précis, si documenté de M. A. Thomas fixe l'état actuel de la question. Je veux me borner à quelques courtes remarques qui le confirment. Des cas de côtes cervicales que j'ai observés, je n'en retiendrai que deux.

Dans le premier cas, concernant un homme de 50 ans, le syndrome subjectif seul en cause apparut dans le décours d'une infection rhumastimale et guérit sans intervention par la radiothérapie. Le deuxième cas a trait à une jeune fille dont l'impotence se limitait au court abducteur, qui était paralysé et atrophié, ainsi que dans les faits signalés par Wilson et par le rapporteur. En dehors de l'atrophie limitée à la partie supéro-externe de l'éminence thénar, atrophie qui peut facilement passer inaperçue, l'*atteinte du court abducteur* ne peut être mise en évidence que par le *test suivant.*

L'index étant fléchi à angle droit sur la main, les dernières phalanges étendues, il faut demander au sujet d'atteindre avec l'extrémité de son pouce l'extrémité de l'index, d'imiter en un mot avec ses deux doigts le *bec de canard.* Il ne peut y parvenir que si le court abducteur est indemne. Dans le cas contraire, le pouce ne parvient à atteindre que la première phalange interdigitale ou la deuxième phalange de l'index. L'opposition au petit doigt, tributaire du court fléchisseur, n'est pas susceptible de nous renseigner sur l'atteinte ou sur l'intégrité du court abducteur. Quant à la question de l'opposant qui, suivant l'expression de Duchenne, de Boulogne, est le moins opposant des opposants, je ne vois pas sur quel symptôme clinique ou même électrique on peut s'appuyer pour affirmer son impotence. C'est le coadjuteur du court abducteur, avec lequel il collabore, mais sa situation profonde, son rôle effacé, ne nous mettent guère en mesure de dire sur quoi on peut se fonder pour déclarer s'il est ou n'est pas paralysé.

Une dernière remarque, l'étude précise des paralysies parcellaires de la main ne pourra être faite que lorsque nous connaîtrons bien la *préhension,* qui a été jusqu'ici complètement laissée de côté, que lorsque nous saurons quels muscles interviennent dans les divers actes de la vie courante, les différentes prises professionnelles. C'est sur de telles connaissances, sur une telle étude, que nous avons esquissée et que nous poursuivons, qu'il convient d'étayer une *séméiologie rationnelle de la main.*

M. René CHARPENTIER (de Neuilly-sur-Seine). — A la fin de l'exposé si clair fait par M. André Thomas, de son rapport si complet, il nous a signalé que, si la statistique de Sargent est favorable à l'intervention chirurgicale, les cas opérés en France sont encore assez peu nombreux. Pour M. André Thomas, ce sont surtout les cas de côtes cervicales accompagnées de douleurs vives et persistantes dans lesquels la thérapeutique chirurgicale donne les résultats les plus favorables.

J'ai eu l'occasion de suivre un cas de côte cervicale avec douleurs particulièrement vives et persistantes. Ce malade, chez lequel un traitement radiothérapique avait été inefficace, a été opéré il y a maintenant environ un an. J'ai fait demander de ses nouvelles ces jours-ci : il continue à se plaindre

de très vives douleurs. Ce fait ne saurait d'ailleurs être considéré comme un encouragement à la non-intervention dans des cas analogues.

M. de Massary (de Paris). — Dans cette question des côtes supplémentaires, un point m'a toujours paru difficile à expliquer ; il a été d'ailleurs parfaitement discuté par M. André Thomas ; le voici : dans une anomalie congénitale et persistante, les accidents morbides sont tardifs et quelquefois transitoires ; il faut donc quelque chose de nouveau pour les expliquer. M. André Thomas nous a indiqué que ces causes surajoutées peuvent être nombreuses. En voici une que j'ai observée il y a trois ans : une malade âgée vint me consulter pour des troubles paresthésiques du membre supérieur droit. En l'examinant, je constatais l'existence d'une déformation de la clavicule du type ostéite de Paget ; pour confirmer mon diagnostic, je fis faire une radiographie par le Dr Lagarenne, et grande fut notre surprise de trouver une côte cervicale. N'est-il pas vraisemblable de supposer que cette côte était elle-même, comme la clavicule, atteinte d'ostéite ? Cette ostéite, de date récente, expliquerait l'apparition tardive des accidents douloureux chez cette malade, ayant depuis 70 ans une côte supplémentaire. Cette observation vient à l'appui de remarques déjà faites, elle m'a paru digne de vous être résumée.

M. Crouzon (de Paris). — Rappelle les travaux faits antérieurement à la Salpêtrière, sous la direction de M. le Professeur Pierre Marie. Il montre que, depuis cette époque, il s'est fait une évolution notable dans l'histoire des côtes cervicales, et particulièrement dans l'interprétation anatomique et radiographique des lésions constatées.

A l'heure actuelle, à côté des côtes cervicales vraies, dont l'auteur montre un certain nombre d'exemples dans des projections photographiques, il existe un nombre beaucoup plus considérable d'hypertrophie des apophyses transverses cervicales, quelquefois associée à une côte cervicale, le plus souvent isolée. Ce développement de l'apophyse transverse est, à l'heure actuelle, la notion qui paraît dominer dans les accidents imputés autrefois au syndrome des côtes cervicales. L'hypertrophie se présente sous le type quelquefois denti-

forme, quelquefois unciforme, quelquefois sous forme d'hypertrophie simple. Dans certains cas, il existe, non seulement une hypertrophie, mais un véritable tassement cervical, quelquefois dû à une spondylite sénile qui provoque ainsi tardivement des accidents chez les apophyses transverses dont l'hypertrophie était jusque-là silencieuse. Ces constatations ont été vérifiées au cours de onze interventions chirurgicales rapportées par l'auteur.

Les accidents sont déterminés, soit par le pincement ou le coincement par la côte cervicale ou l'apophyse transverse de la 7ᵉ cervicale, d'une part et l'apophyse transverse de la première dorsale, d'autre part. Quelquefois, il y a relèvement de la 7ᵉ racine cervicale par une apophyse transverse hypertrophiée ; quelquefois, il y a engainement de la 7ᵉ ou de la 8ᵉ cervicale par des trousseaux fibreux. Quand il y a association de l'hypertrophie de l'apophyse transverse et de la côte cervicale, il existe une véritable *dorsalisation de la 7ᵉ vertèbre cervicale.*

Les observations faites par Crouzon portent sur 70 cas examinés radiologiquement, et dans 45 cas, une observation clinique précise a pu être faite et même suivie.

Les côtes cervicales ont été observées à tous les âges et surtout dans le sexe féminin.

Les troubles déterminés par les côtes cervicales ou les apophyses transverses hypertrophiées ont surtout été des troubles subjectifs de la sensibilité, beaucoup plus rarement des troubles objectifs ; jamais il n'a été constaté de troubles syringomyéliques vrais, dans un cas seulement les troubles trophiques en donnaient l'apparence. Il existe également des troubles moteurs assez vagues mais, dans quelques cas, il y avait atrophie musculaire et griffe ; quelquefois, des réactions électriques troublées ; quelquefois, des troubles vasculaires. Les troubles de la tension artérielle ont été très rarement observés. Quand aux troubles sympathiques, ils ont consisté, dans huit cas, dans les troubles pupillaires associés, quelquefois à une énophtalmie. Les autres troubles sympathiques (réflexe oculo-cardiaque, réflexe pilo-moteur) ont été imprécis ou nuls.

Les suites des interventions chirurgicales ont été satisfaisantes. En effet, sur les 11 malades opérés, 8 cas ont pu être suivis. Le résultat a été bon et persistant dans 6 cas ;

dans un cas, incomplet ; dans l'autre, nul. Les indications de l'intervention chirurgicale ont été l'atrophie musculaire, les troubles électriques, les troubles vaso-moteurs, et quelquefois, les troubles subjectifs de la sensibilité, quand le malade se déclarait atteint de phénomènes qu'il lui était impossible de supporter.

Ces remarques sont suivies de la projection de plusieurs séries de radiographies montrant différents types de l'affection ; côtes cervicales proprement dites ; apophyses seules hypertrophiées ; spondylites séniles avec tassement cervical consécutif ; malades opérés, avant et après l'opération.

QUELQUES FAITS CLINIQUES CONCERNANT LES CÔTES CERVICALES (avec projections), par André LÉRI et Noël PÉRON (de Paris).

Après le remarquable exposé du rapporteur, M. André Thomas, après la riche documentation radiographique de M. Crouzon, nous désirons seulement soumettre au Congrès quelques faits cliniques concernant les troubles nerveux liés à l'existence de côtes cervicales.

Conformément aux conclusions du rapporteur ces cas présentent une variabilité extrême ; nous nous efforcerons de les grouper d'après leur symptomatologie principale sous trois rubriques particulières :

A. Les côtes cervicales coexistant avec des malformations cutanées ;

B. Les côtes cervicales coexistant avec un syndrome douloureux ;

C. Les côtes cervicales coexistant avec un syndrome à prédominance motrice, les troubles pouvant être soit diffus, soit localisés.

A ces faits cliniques correspondent sur les épreuves radiographiques des modifications plus ou moins nettes de la 7[e] apophyse transverse cervicale qui peut revêtir l'aspect costiforme ou présenter une surface d'articulation pour une côte cervicale autonome.

A. — CÔTES CERVICALES ET MALFORMATIONS CUTANÉES. — Dans deux cas nous avons trouvé, chez des malades porteurs de malformations cutanées, l'existence de côtes cervicales.

Le premier concerne une femme de 34 ans qui présente un large nœvus pigmentaire de la moitié inférieure droite de la face et de la région cervicale adjacente, débordant la

ligne médiane d'un centimètre sur le menton, le nez et le cou au niveau du cricoïde. En arrière de la région trapézienne existe également un placard pigmenté de 4 cm. de largeur sur 7 cm. de hauteur. Pas de symptômes neurologiques. A la radio du côté gauche côte cervicale nette, à droite apophyse transverse anormalement développée.

Le deuxième malade, présenté par l'un de nous avec A. Tzanck à la Société de dermatologie (p. 4, 1922), est venu consulter pour un nævus linéaire. Ce nævus est constitué par trois placards, l'un occupe la région sous-claviculaire gauche, les deux autres sont espacés sur une ligne partant de la région antéro-interne du coude gauche et aboutissant à la région médiane du poignet. Dans l'ensemble la topographie de la ligne nævique répond grossièrement à la zone de distribution de la 8e racine cervicale et de la 1re dorsale. On perçoit une tuméfaction profonde de la région sus-claviculaire au niveau du point d'Erb. A la radiographie, côte cervicale bilatérale surtout accentuée à droite.

Ces faits sont intéressants à signaler, bien que, pour le premier tout au moins, la relation de cause à effet de la lésion cutanée avec la côte cervicale ne soit rien moins qu'établie. Mais le rôle du système nerveux dans la répartition des nævi et des pigmentations, déjà signalé notamment par M. Klippel, peut s'expliquer dans une certaine mesure du fait de compressions radiculaires par la côte cervicale anormale.

B. — Côtes cervicales et syndromes douloureux. — Nous n'en signalerons que deux exemples :

L'un concerne une femme de 36 ans qui se plaignait de douleurs diffuses dans le membre supérieur gauche, douleurs à caractère névralgique avec fourmillements ; ces douleurs remontaient à un an environ. Objectivement on trouve une déformation apparente de la région sus-claviculaire gauche, qui est nettement plus saillante : la radio permet, à gauche, de constater l'existence d'une côte cervicale longue, droite, nettement articulée et venant par son extrémité externe au contact de la courbure de la première côte.

L'autre malade, âgée de 27 ans, présentait une contracture douloureuse de la région cervicale avec limitation considérable des mouvements d'extension et de flexion de la tête et du cou. L'examen clinique est négatif ; à la radio existe une côte cervicale bilatérale à peu près symétrique, recour-

bée par son extrémité terminale avec un aspect en bec de perroquet.

Dans ces deux cas il est difficile de conclure à une relation de cause à effet certaine entre l'anomalie osseuse et les phénomènes douloureux ; si elle existe, on peut noter conformément aux conclusions du rapport de M. André Thomas l'apparition tardive à l'âge adulte des accidents algiques.

C. — Côtes cervicales et syndromes moteurs. — Ceux-ci d'après nos cas personnels peuvent être groupés en troubles moteurs diffus touchant sans électivité divers éléments musculaires et troubles moteurs localisés à un groupe radiculaire.

1° *Syndromes moteurs diffus.* — Un homme de 46 ans est venu consulter avec le diagnostic de radiculite cervico-brachiate. Il existe en réalité une amyotrophie diffuse du membre supérieur gauche, qui a 2 cm. de moins que le membre opposé au niveau du bras, 1 cm. 1/2 au niveau de l'avant-bras. Pas de troubles de la sensibilité, conservation de la force musculaire. On note cependant une abolition du réflexe olécranien à gauche. La radiographie montre une côte cervicale bilatérale, trapue, débordant la première articulation transverso-costale sous-jacente ; à gauche elle paraît nettement plus calcifiée qu'à droite.

Un autre malade de 40 ans présentait des troubles du côté de sa musculature périscapulaire, intéressant tout particulièrement les deltoïdes, les muscles sus-épineux, et légèrement les pectoraux ; le trapèze lui-même est atrophié et l'on note une bascule nette de l'omoplate dans l'abduction du bras. Il existe depuis une dizaine de jours une douleur assez passagère à la partie externe du bras gauche. En résumé atteinte assez diffuse des muscles de la ceinture thoracique et du trapèze sans troubles des réactions électriques. A la radio, côte bilatérale, mais peu développée, réalisant plus une apophyse transverse anormalement développée qu'une côte articulée.

2° *Syndromes moteurs localisés.* — Nous arrivons à un groupe de faits très importants, car on se trouve en présence de lésions musculaires graves, mutilantes, progressives qui peuvent bénéficier, en présence d'un bon diagnostic causal, d'une thérapeutique efficace.

Ces atrophies réalisent les deux formes habituelles des

paralysies radiculaires du plexus brachial : type inférieur prédominant sur C^8 et D^1, type supérieur intéressant surtout C^5 et C^6.

Nous avons vu trois femmes porteuses d'atrophie à type Aran Duchenne ou *radiculaire inférieur* en rapport net avec l'existence de côtes cervicales.

La première malade présente une atrophie bilatérale des éminences thénar et hypothénar, avec attitude en griffe des doigts nette sur les 4ᵉ et 5ᵉ doigts, comme le montrent les projections. Nous n'insisterons pas sur l'histoire clinique de cette malade qui a été publiée par MM. Crouzon et Mathieu à la Société de neurologie (séance de juin 1923) ni sur les bons résultats obtenus par l'intervention chirurgicale.

Une jeune malade de 23 ans éprouve de la difficulté à se servir de sa main droite depuis 4 ans environ, dit-elle, impotence exagérée sous l'action du froid. Les éminences thénar et hypothénar ont disparu, cette atrophie coïncide avec une diminution très considérable de la force musculaire, les inter-osseux sont moins touchés. Les muscles anti-brachiaux ne sont atrophiés que légèrement. Il existe quelques troubles subjectifs dans le membre supérieur, surtout au niveau du coude et du petit doigt. Les réflexes tendineux du membre supérieur sont plus vifs à droite qu'à gauche. Radiographiquement : côte cervicale bilatérale, trapue, largement étalée mais relativement courte, car elle dépasse peu l'articulation sous-jacente.

C'était un tableau assez analogue que présentait une femme de 37 ans dont les troubles s'étaient insidieusement développés depuis 25 ans environ ; à 13 ans, dit-elle, sa main gauche avait commencé à maigrir. L'atrophie est actuellement considérable ; de l'éminence thénar, seul l'adducteur du pouce paraît conservé. Les mouvements nécessitant l'intervention des petits muscles de la main sont faibles. Il existe une bande d'hypoesthésie tactile, douloureuse et thermique sur le bord cubital de la main dans le domaine de D^1. Pas de troubles du sens stéréognostique, ni de syndrome oculo-palpébral. La malade accuse une sensation de froid dans la main, qui est facilement cyanosée, et il existe une diminution nette de l'indice oscillométrique. On perçoit une saillie discrète de la région sus-claviculaire, et la radiographie montre une côte unilatérale trapue, bien développée, très analogue comme morphologie à celle de la malade précédente.

Nos trois derniers malades paraissent au contraire atteints dans leur domaine *radiculaire supérieur.*

L'un d'eux, âgé de 31 ans, accusait une impotence fonctionnelle du bras droit, marquée dans l'abduction ; le deltoïde droit est atrophié ; on note une hypoesthésie dans le domaine cutané du nerf circonflexe. En outre, la contraction du long supinateur est moins énergique que du côté sain. Pas de troubles de la réflectivité ni des réactions électriques. On trouve sur les clichés une longue côte symétrique articulée, effilée, légèrement concave et qui plonge vers la cavité thoracique.

Un homme de 29 ans présente une atrophie des deux membres supérieurs, surtout accentuée à gauche, et prédominant dans le domaine du radial : il a été présenté par l'un de nous à la Société médicale des Hôpitaux (20 avril 1917, page 599). A l'examen, paralysie complète des muscles extenseurs des doigts et du long supinateur, atteinte légère du triceps. L'extension de la main et des premières phalanges est nulle. La lésion est surtout prédominante à gauche où l'avant-bras mesure 22 cm. pour 24 à droite. Le réflexe radio-fléchisseur droit est aboli. La pupille gauche est plus petite que la pupille droite, les réactions électriques sont troublées. En résumé, lésions tronculaires dissociées s'étendant du 5ᵉ au 7ᵉ segment cervical. Radiographiquement, côte cervicale longue, plus accentuée du côté gauche. L'intervention n'a pas amené de grosse amélioration immédiate, le malade n'a pu être suivi plus longuement.

Assez analogue est le tableau observé chez un homme de 39 ans, où les lésions sont également diffuses : le tableau clinique est celui d'une paralysie radiculaire supérieure, type Duchenne-Erb, avec atteinte élective du deltoïde et du biceps. Les troubles paralytiques auraient été constatés 15 ans auparavant, puis auraient subi une première régression spontanée. Actuellement, le réflexe cubito-pronateur est nul, le radio-fléchisseur léger. Les muscles tributaires du nerf musculo-cutané et du nerf radial sont le siège de perturbations électriques sévères, allant jusqu'à l'abolition de l'excitabilité galvanique et faradique. Chez ce sujet également, énorme côte cervicale, très allongée et nettement articulée, traversant nettement la partie externe du creux sus-claviculaire, qu'elle comble partiellement. L'intervention proposée a été refusée par le malade.

Tels sont les faits cliniques que nous avons observés au cours des dernières années. Bien entendu, avant de conclure que les troubles constatés étaient sous la dépendance des côtes cervicales, nous avons cherché à éliminer toute autre étiologie, en particulier la syphilis, par des recherches cliniques et biologiques dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

M. Courbon (de Stéphansfeld). — Le rapport sur les côtes cervicales paraissait bien de prime abord ne devoir intéresser que les purs neurologistes. Et pourtant, nombreuses sont les dennées qu'il apporte à la psychiatrie.

a) Au point de vue moteur, la notion de l'impotence diffuse par claudication intermittente des artères radiculaires, qui se traduit par une simple impossibilité de se servir de la main pendant quelques instants, devra entrer en discussion avant la conclusion au diagnostic de crampe des écrivains. — *b*) Au point de vue sensitif, les anesthesies atypiques des côtes cervicales ignorées ne devront pas être qualifiées de douleurs cénesthopathiques. — *c*) Au point de vue vasomoteur, l'existence d'un œdème ou d'une cyanose de la main chez un aliéné, surtout chez un stuporeux ou un stupide, avant d'être mise sur le compte de la cachexie ou de l'immobilité, devra être étudiée dans son conditionnement possible par une côte cervicale. — *d*) Au point de vue de la mentalité des sujets atteints de ce syndrome, qui est un stigmate physique de dégénérescence, on peut conclure que, puisque le rapporteur n'a rien signalé à ce sujet, les malades qu'il a étudiés ne présentaient aucune anomalie mentale, ce qui n'est pas toujours le cas, comme M. Laignel-Lavastine l'a indiqué dans la discussion. C'est la preuve de ce qu'on savait déjà, qu'il n'y a pas toujours parallélisme entre la dégénérescence physique et la dégénérescence mentale.

La conclusion qui se dégage est que la collaboration de la psychiatrie et de la neurologie est indispensable pour élucider pleinement une question.

M. André-Thomas (de Paris). — Dans la série de clichés radiographiques que M. Crouzon vient de projeter, l'hypertrophie de l'apophyse transverse — que j'ai d'ailleurs signalée dans mon rapport (page 9) et dont on trouverait sans doute de nombreux exemples dans la littérature des côtes cervicales —

occupe, avec une proportion impressionnante, une place plus importante que la côte cervicale proprement dite, complètement dégagée de l'apophyse transverse ; mais je ne pense pas qu'il faille tracer une ligne de démarcation aussi tranchée entre les deux malformations osseuses. D'ailleurs, M. Crouzon n'établit aucune distinction entre les accidents nerveux produits par une côte vraie et ceux produits par l'hypertrophie d'une apophyse transverse.

J'ai rappelé, au début de mon rapport, les raisons pour lesquelles la lame antérieure de l'apophyse tranverse de la 7ᵉ vertèbre cervicale doit être considérée comme une portion de côte qui s'est soudée avec l'apophyse transverse proprement dite. Lorsque l'hypertrophie porte sur la lame antérieure, on peut déjà y voir une tendance à la dorsalisation de la côte cervicale.

Dans le cas où, sur la radiographie, on constate la présence d'une apophyse transverse hypertrophiée et d'un corps costal plus ou moins long, il serait utile de préciser les rapports respectifs de cette apophyse et du corps de la côte. Y a-t-il articulation entre elles. La côte s'articule-t-elle d'autre part avec la colonne vertébrale ? L'hypertrophie porte-t-elle sur la lame antérieure seule ou sur la lame postérieure ou sur les deux ? Il n'est pas impossible que, dans certains cas, une racine puisse être coincée entre une apophyse transverse hypertrophiée et la 1ʳᵉ côte thoracique, comme dans le cas présenté par M. Crouzon à la Société de Neurologie (juillet 1923) : cette éventualité rentre dans le mécanisme général de la compression qui a été signalée dans le rapport. Cependant, il ne faudrait pas abuser de cette interprétation, sous prétexte que, sur des épreuves radiographiques prises le malade couché, les rayons pénétrant sagittalement (les clichés de M. Crouzon sont pris de cette manière), il existe un semblant de juxtaposition ou de croisement entre l'apophyse transverse hypertrophiée et la 1ʳᵉ côte thoracique. Il serait utile de compléter l'examen radiographique par des épreuves prises en position oblique sous divers angles.

L'apparition tardive des accidents causés par les côtes cervicales ou les apophyses costiformes ne me paraît pas devoir être toujours expliquée par les lésions de spondylite et le tassement des corps vertébraux qu'elles entraîneraient ; toutefois, comme le suppose M. de Massary, et comme je l'ai

laissé entendre, les poussées d'ostéite, d'ostéopériostite, peuvent devenir la cause occasionnelle de l'apparition des accidents vasculonerveux.

Dans les observations rapportées par MM. Léri et Perron, on retrouve le caractère parcellaire de la distribution de la paralysie et de l'atrophie. Lorsque les symptômes sont distribués dans le domaine des racines supérieures du plexus brachial, il faut examiner avec soin les apophyses transverses des 5ᵉ et 6ᵉ vertèbres. Il semble que, sur l'un des clichés présentés par M. Perron, il existe une petite anomalie à ce niveau qui a besoin d'être précisée.

L'absence de toute anomalie constatée par M. Laignel-Lavastine sur le cliché de son malade ne permet pas d'exclure l'existence d'une bandelette fibreuse qui comprimerait les racines. La douleur serait mieux expliquée par cette hypothèse que par la scoliose, la scoliose elle-même pourrait être secondaire. S'il n'existe aucun signe de lésion centrale, et si la scoliose ne peut être expliquée par aucune anomalie de la colonne vertébrale, on serait peut-être autorisé à tenter une opération exploratrice.

L'apparition des accidents nerveux immédiatement à la suite d'une crise rhumatismale, signalée par M. Froment, est particulièrement intéressante et vient souligner l'influence des maladies infectieuses : avec M. Froment, je reconnais qu'il n'est pas toujours facile de dissocier la paralysie et l'atrophie des muscles court abducteur et opposant.

Il n'est pas prouvé que le torticolis observé par M. Roger chez son malade doive être mis sur le compte de la côte cervicale, mais le traumatisme relevé dans les antécédents peut être la cause des accidents produits habituellement pr la côte supplémentaire.

Plusieurs cas d'insuccès opératoire ont été rapportés comme dans l'observation de M. René Charpentier. Peut-être les interventions ne sont-elles pas toujours assez complètes ! Il faut procéder à un examen minutieux de la région avant de refermer la plaie.

M. Courbon fait remarquer avec raison qu'au chapitre du diagnostic j'aurais dû mentionner les troubles sensitifs, cénesthésiques, qu'accusent un certain nombre de névropsychopathes.

3me RAPPORT

MÉDECINE LÉGALE

LA CRIMINALITÉ DES TOXICOMANES

RAPPORTEUR : **M. LEGRAIN (de Paris)**

RÉSUMÉ DU RAPPORT

Cliniquement, ce qui ressort, c'est que, du point de vue criminel, tous les poisons de l'intelligence sont une source abondante d'actes redoutables pour la vie privée et pour la vie publique, par l'annihilation du pouvoir supérieur de contrôle, par libération de l'automatisme et, par conséquent, par affaiblissement progressif de la réflectivité consciente et logique, dite volontaire. — La période d'ivresse qui précède celle de stupéfaction produit une excitation intellectuelle qui a été parfois mise à profit pendant la guerre, où l'on a vu certains centres d'aviation être pendant quelque temps un ramassis de héros dont l'héroïsme fut trop souvent adultéré d'automatisme toxique.

Grâce à ce processus universel, la criminalité toxique présente un aspect uniforme, quel que soit le toxique causal envisagé.

Le phénomène psychologique dominant est la stupéfaction. Le phénomène ultime est le néant de la volonté. Cette déchéance est loin d'être irrémédiable, mais elle n'est point sujette spontanément à amélioration et elle conditionne essentiellement la récidive criminelle.

Socialement, la toxicomanie, psychose collective, a des conséquences d'une extrême gravité. Facteur d'une proportion énorme de crimes et de délits, elle nécessite d'autant plus l'attention soutenue des pouvoirs publics que le milieu social, étant l'auxiliaire le plus habituel de la passion morbide, encourt de ce fait une lourde responsabilité. La criminalité toxique est une calamité publique dont on peut être facilement maître.

Au point de vue répressif et thérapeutique, aucune raison n'existe de traiter les toxicomanies et les toxicomanes autrement que l'alcoomanie et les alcoomanes. Les mêmes mesures de répression et d'ordre public atteindront uniformément tous les stupéfiés parce qu'ils font courir les mêmes dangers. La loi sur l'ivresse publique n'a visé jusqu'ici que l'alcool ; elle doit s'étendre à tous les stupéfiants.

Mais une mesure de répression d'ordre défensif en même temps que d'ordre préventif s'impose après un certain nombre de récidives ; c'est l'internement, sans autre limite de temps que celle imposée par les nécessité de la cure dans des établissements appropriés ou dans des maisons de santé appropriées pour cet objet.

Cet internement s'impose tout naturellement pour les intoxiqués délinquants et criminels ayant bénéficié d'un non-lieu.

L'autorité judiciaire prononcera, dans tous les cas, l'internement et libèrera les patients, après avis motivé des médecins traitants.

La prophylaxie criminelle et le souci de l'ordre public ou privé doivent autoriser les victimes ordinaires des intoxiqués à requérir l'internement de ces malades, comme il advient en certains pays.

Comme corollaire, la déchéance paternelle doit découler d'une pareille mesure, et tant que le malade n'a point donné des preuves certaines de sa guérison.

L'auteur propose le vote du vœu que les pouvoirs publics fassent diligence pour que des services spécialisés ou des maisons de traitement pour la cure des intoxiqués par voie d'internement soient organisés dans le plus bref délai et qu'une législation spéciale, annexe ou non de la loi générale sur les aliénés, dispose que les intoxiqués pourront être retenus dans ces services par l'autorité judiciaire, autant qu'il sera jugé nécessaire pour assurer leur guérison.

Discussion

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — Après la fresque magistrale largement brossée par M. Legrain, les quelques remarques que je me permettrai de faire paraîtront un bien petit tableautin.

Voyant les choses de haut, M. Legrain s'est montré plus synthétiste qu'analyste, cherchant à rapprocher les toxiques par leurs ressemblances au lieu de les individualiser par leurs différences. Me mettant à la suite d'Aristote, ζηθῆται τὸ ἴδιον, je ne peux cliniquement mettre tous les toxiques dans le même moule. Une des raisons pour lesquelles M. Legrain a insisté surtout sur les ressemblances des toxicomanies est qu'il a, comme il nous l'a dit, un service de délirants toxicomanes ; or, beaucoup de toxicomanes ne délirent pas, et c'est justement dans un service de médecine générale, tel que le mien, qu'on voit les formes non délirantes des toxicomanies, qui sont loin de se ressembler toutes et qui ont des caractères tenant non seulement à la spécificité du toxique, mais au *coefficient réactionnel individuel,* celui-ci apparaissant d'autant mieux, toutes choses égales d'ailleurs, que l'imprégnation toxique a été moins massive.

Le temps m'étant limité, et négligeant tous les autres toxicomanes, je ne parlerai que des *morphinomanes.*

Chez les morphinomanes, cette importance du terrain me paraît considérable.

Certes, des individus non tarés peuvent se laisser aller à la morphinomanie. Il suffit d'avoir connu l'insinuante douceur captivante de quelques piqûres de morphine, faites dans un but thérapeutique, pour se rappeler le sursaut de volonté nécessaire pour échapper à l'enlisement morphinique.

Mais ce que je vois le plus souvent, ce sont des morphinomanes — surtout des femmes — qui, avant d'être morphinomanes, étaient déjà des déséquilibrées. Leur *curriculum vitæ* d'anormales, amorales, dégénérées, vicieuses, montre que la morphinomanie est chez elles beaucoup plus un des multiples symptômes de leur déséquilibration que celle-ci n'est à l'origine de leurs réactions.

La morphine active leur déséquilibration, mais ne la créée pas. A mon avis, il en fut ainsi chez certains aviateurs du début de la guerre. Furent contagionnés ces casse-cous qui,

en raison de leur mentalité, s'étaient lancés dans l'aviation comme dans une aventure. Mais, s'il y a eu des toxicomanes parmi les aviateurs de la guerre, ce ne fut qu'exceptionnellement, et il ne faudrait pas laisser dire que l'arme qui nécessite le plus d'harmonieuse maîtrise de soi, et qu'ont illustrée tant de héros, est infestée de toxicomanes. Au contraire, les examens psychophysiologiques très sévères, que subissent les candidats à leur entrée dans l'aviation, en éliminent les déséquilibrés neuro-psychiques, qui le plus facilement tombent dans la toxicomanie.

M. Robert Bing (de Bâle). — M. Legrain me permettra de lui faire remarquer une contradiction qui existe entre certain passage de son rapport et une conférence que le Professeur Kraepelin, de Munich, a faite à Bâle, avec statistiques à l'appui, il y a quelques mois, conférence à laquelle je n'ai pas assisté, mais dont j'ai lu les comptes rendus dans la presse locale. Selon M. Kraepelin, la profonde intoxication alcoolique aurait joué en Allemagne un rôle des plus importants parmi les causes de l'effondrement de ce pays en automne 1918. Je n'essaierai pas d'expliquer cette contradiction, mais je croyais devoir la signaler.

M. Paul Sollier (de Paris). — Le rapport de M. Legrain, très intéressant au point de vue général, n'envisage, ce me semble, qu'un des aspects de la question. Il n'examine guère, en effet, que la criminalité qui peut se montrer au cours de l'*ébriété toxique*. Je me permettrai immédiatement de remarquer que cette ébriété ne se produit que dans certaines intoxications telles que celles produites par l'alcool, l'éther, la cocaïne, le haschich et, accessoirement, l'opium fumé. Par contre, la morphine, l'héroïne, le pantopon, etc., et l'opium ingéré sous une forme quelconque, ne déterminent pas d'ébriété.

La morphine présente d'ailleurs, au point de vue physiologique et clinique, des caractères qui la différencient nettement des autres narcotiques, et les recherches récentes de Lapicque et de Kopaczweski montrent qu'au point de vue physique elle occupe également une place à part. Il semble qu'elle se plie au but poursuivi par les sujets qui l'emploient : l'un la prend pour dormir, l'autre pour se tenir éveillé ; l'un pour

rêver, l'autre pour travailler ; l'un pour stimuler son appétit, l'autre pour se passer de manger.

L'affirmation de M. Legrain que « *lorsqu'on a vu un alcoolomane, on a vu un opiomane ou un cocaïnomane* » ne me paraît pas correspondre à la réalité. Il en est de même des conséquences diverses que la morphinomanie et les intoxications de la même série peuvent entraîner au point de vue criminologique. Dans les autres intoxications (alcool, éther, cocaïne, etc.), la criminalité se développe à l'occasion des diverses phases de l'ébriété sous l'influence de l'impulsivité du sujet, ou de ses hallucinations, de son délire, ou de son excitation sexuelle.

Or, chez le morphinomane, il n'y a jamais d'ivresse toxique, ni d'hallucinations, ni de délire ou de confusion mentale. Quand on les voit survenir, c'est que la morphinomanie est compliquée par une autre intoxication (alcool, cocaïne, hyoscine, véronal, etc.). Le morphinomane se différencie en cela du fumeur d'opium, qui est le jouet d'illusions, d'hallucinations sensitivo-sensorielles et peut présenter des accès d'excitation plus ou moins dangereux.

Au point de vue sexuel, le morphinomane, l'héroïnomane, etc., est bien loin d'être excité comme l'alcoolique et surtout le cocaïnomane et l'éthéromane. Ses facultés génésiques sont une des premières à s'atténuer, pour disparaître plus ou moins complètement et rapidement, aussi bien chez la femme que chez l'homme.

La morphinomanie et les intoxications analogues par les dérivés de l'opium, forment donc une catégorie à part au point de vue clinique et, par là-même, au point de vue de la criminalité, puisque les conditions qui l'entraînent dans les autres intoxications n'existent pas chez elle.

D'après M. Legrain, « la *criminalité n'est pas seulement une circonstance de fait, prévue chez un intoxiqué, mais une propriété commune, fatale à l'universalité des stupéfiés* », et plus loin : *toutes (les intoxications) procèdent d'un seul et même dilettantisme morbide* ». Je crois que c'est là une généralisation un peu risquée. Un intoxiqué n'est pas fatalement un délinquant ou un criminel en puissance, et toutes les intoxications ne sont pas le fait du dilettantisme. Il y a lieu, au point de vue de sa criminalité, de tenir compte du terrain sur lequel s'est développée son intoxication et des causes qui l'ont provoquée : Or, à ce dernier égard, il est impossible

d'assimiler un sujet devenu morphinomane à la suite d'une longue et douloureuse maladie, à un cocaïnomane ou un éthéromane qui est devenu tel pour se procurer des sensations anormales et une excitation factice.

Je me bornerai à ces quelques remarques critiques et je passerai à la question proprement dite de la criminalité des toxicomanes, dont je ne veux qu'esquisser à grands traits les principaux aspects.

1° Il y a lieu tout d'abord de l'examiner au point de vue des troubles produits par l'intoxication et en particulier des troubles mentaux qu'elle peut entraîner. A cet égard, il faut d'ailleurs distinguer les cas *aigus* et les cas *chroniques*.

Dans la forme aiguë de certaines intoxications, on observe de l'irritabilité et de l'impulsivité, ayant pour conséquence des violences : c'est ce qui se produit particulièrement avec l'alcool, l'éther, la cocaïne, qui sont plus des excitants que des stupéfiants. C'est à cette période aussi que peut se montrer l'excitation sexuelle, avec toutes ses conséquences au point de vue criminologique.

A un degré plus marqué, l'intoxication aiguë peut revêtir la forme de confusion mentale avec illusions et hallucinations sensitivo-sensorielles qui poussent les sujets à y réagir d'une façon plus ou moins dangereuse.

Dans l'intoxication chronique, des états aigus peuvent encore se produire à la suite d'excès toxiques. Mais il s'en faut que, dans les intervalles de ces accès, l'individu reprenne son caractère normal.

Ce qui persiste surtout, chez lui, c'est l'irritabilité, l'impulsivité et, dans certains cas — particulièrement chez les alcooliques et les cocaïnomanes — une tendance plus ou moins nette au délire de persécution, d'interprétation, de jalousie. Ce sont ces deux formes d'intoxication qui fournissent le plus grand nombre des cas de violences et d'homicide.

Dans la morphinomanie, l'héroïnomanie, etc., il n'y a pas d'intoxication aiguë, à réactions motrices tout au moins. Ce qui se produit, c'est un état d'abrutissement, de sommeil ou de stupeur, incompatible avec les réactions de caractère délictueux ou criminel. Mais il n'en est pas de même dans l'intoxication chronique, lorsqu'elle a atteint une certaine durée et une certaine intensité.

La conséquence la plus ordinaire alors, et peut-être la première en date, est un état d'aboulie, d'indifférence, qui porte

les malades à négliger leurs affaires, leurs devoirs et leurs obligations les plus impérieuses, soit au point de vue familial, soit au point de vue social. Il peut résulter de ces négligences des conséquences extrêmement graves, quand il s'agit de chefs ayant des responsabilités plus ou moins grandes, et qui seraient véritablement criminelles si elles étaient volontaires.

L'autre résultat de l'intoxication chronique consiste dans des troubles du sens moral, qui est perverti ou tout à fait annihilé, de sorte que les sujets se laissent entraîner à commettre des indélicatesses, des escroqueries, etc. C'est ce qu'on observe particulièrement chez les alcooliques, les cocaïnomanes et, plus rarement, chez les morphinomanes dégénérés.

2° Le second point à envisager est celui des rapports de l'intoxication elle-même avec les délits ou les crimes survenus dans son cours. Ceux-ci peuvent être en effet dus soit aux effets immédiats du toxique sur le cerveau, soit aux troubles mentaux dérivant de l'intoxication, soit enfin aux conditions sociales dans lesquelles l'intoxication a jeté le sujet.

a) Effets immédiats du toxique. — Seuls, les toxiques produisant une excitation cérébrale allant jusqu'à l'ivresse — alcool, éther, cocaïne — sont susceptibles d'amener d'emblée des réactions motrices violentes et dangereuses. Les narcotiques et stupéfiants, au contraire, ne produisent que de la torpeur et une inhibition motrice (morphine et dérivés analogues de l'opium).

b) Troubles mentaux dérivant du toxique. — Les réactions criminelles aux intoxications peuvent provenir des états délirants qu'elles déterminent dans certains cas. C'est ce qui se produit sous l'influence des hallucinations et des illusions dans la confusion mentale toxique, ou des idées délirantes de persécution et de jalousie, ou des interprétations au cours des intoxications chroniques telles que l'alcoolisme, l'éthéromanie, et surtout la cocaïnomanie. Cette dernière amène, à mon avis, ces troubles délirants d'une façon beaucoup plus rapide et avec une intensité beaucoup plus grande que l'alcoolisme.

c) Conditions sociales amenées par l'intoxication. — Enfin, sous l'influence de leur déchéance physique et morale, les sujets intoxiqués se trouvent dans des conditions matérielles, morales et sociales — perte de la situation par renvoi ou par négligence des affaires, difficultés au sein de la famille etc. — qui les poussent à des actes délictueux plutôt que criminels

pour faire face à leurs embarras : indélicatesses, escroqueries, grivèlerie, vols, abus de confiance, etc.

3° *Criminalité en rapport avec la nature du toxique.* — Tous les toxiques sont loin de donner lieu au même ordre de délits ou de crimes. D'une façon générale, on pourrait les classer en deux grandes classes : les excitants et les narcotiques, ou stupéfiants.

Les *excitants* seuls sont susceptibles d'amener l'irritabilité, l'ivresse, la confusion, les hallucinations et le délire, confusionnel ou non. Dans cette catégorie se placent l'alcool, la cocaïne, l'éther, le haschich, etc.

Il y a lieu de distinguer parmi ces toxiques excitants ceux qui sont habituellement employés d'une façon continue avec des exacerbations, comme l'alcool et la cocaïne, et ceux qui le sont surtout à titre passager. Les premiers ne donnent pas seulement lieu à l'ivresse, avec ses conséquences criminologiques possibles, mais encore à des états délirants qui peuvent secondairement amener des réactions dangereuses. Ce sont ces toxiques qui sont les vrais agents de criminalité.

Quant aux stupéfiants, morphine, héroïne, etc., par leur effet même, inhibiteur de la motricité, de la sensibilité et de la volonté, ils ne peuvent entraîner qu'une criminalité très restreinte.

Les actes délictueux qu'ils provoquent sont dus soit, comme nous l'avons vu plus haut, à la déchéance du sujet et aux *conséquences sociales* qu'elle entraîne pour lui, soit à l'état de *besoin irrésistible* qui pousse les intoxiqués chroniques à se procurer à tout prix leur toxique habituel, lorsqu'il vient à leur faire défaut.

A cet égard, d'ailleurs, tous les toxiques ne déterminent pas le même état de besoin. Il faut, pour que celui-ci se produise d'une façon irrésistible et impulsive, que l'abstinence provoque une angoisse et des douleurs plus ou moins intolérables et des réactions physiologiques plus ou moins graves.

Sous ce rapport, il n'est guère que la morphine et les dérivés analogues de l'opium qui soient susceptibles d'amener cet état de besoin capable de pousser un intoxiqué aux pires extrémités pour le faire cesser. L'état de besoin produit par l'abstinence de l'alcool et de la cocaïne, quoique analogue au précédent, est très loin d'atteindre son degré et de donner naissance aux mêmes impulsions. Les actes commis sous l'influence de l'abstinence toxique entraînent donc une respon-

sabilité très atténuée, pouvant aller jusqu'à l'irresponsabilité, et variable avec le toxique employé.

4° Comme on le voit, la responsabilité des toxicomanes, et par conséquent les peines encourues par eux en cas de délit ou de crime, sont extrêmement variables, suivant la nature du toxique, les causes de l'intoxication et la tendance plus ou moins grande de ce toxique à provoquer des réactions criminelles ou délictueuses.

Mais il y a lieu de tenir compte encore d'*autres facteurs* dans l'appréciation de cette responsabilité. Le terrain sur lequel a évolué l'intoxication a une importance de premier ordre.

Dégénérés, hystériques, amoraux, débiles, psychasthéniques, etc., sont la proie la plus facile de tous les toxiques. On sait, d'autre part, que les tendances à la toxicomanie, particulièrement pour l'alcool, sont fréquemment héréditaires. Il faut considérer aussi que certains toxicomanes ne le seraient jamais devenus s'ils n'avaient été amenés par la nécessité à se servir de toxiques. Tel est le cas des morphinomanes ou habitués aux dérivés de l'opium, qui n'en ont pris l'habitude qu'à l'occasion de maladies douloureuses, où ces toxiques leur ont été ordonnés dans un but thérapeutique.

Mais, sous ce rapport, il n'y a que les narcotiques qui soient à considérer. Les intoxications par les excitants sont au contraire toujours le fait d'une habitude contractée volontairement ou par entraînement.

Les diverses catégories de toxicomanes doivent donc être jugées de façon très différente.

Conclusions. — Je m'associe complètement aux conclusions du rapport de M. Legrain, tout en faisant les plus grandes réserves sur son opinion que « la criminalité toxique présente un aspect uniforme quel que soit le toxique causal envisagé. » Rien n'est plus variable au contraire que cet aspect.

Avec lui je suis d'accord que si l'on fait des lois pour poursuivre les toxicomanes et enrayer l'usage et l'abus des toxiques, le premier de ceux-ci auquel on doive s'attaquer, c'est l'alcool. Quoique le plus nocif, le plus généralisé et le plus facile à se procurer, il semble que les lois récentes l'aient complètement laissé de côté et ne s'y appliquent pas.

Par contre, la loi sur l'ivresse publique n'a visé que l'alcool, et je suis encore d'accord avec M. Legrain pour qu'elle s'appli-

que également à tous les excitants toxiques susceptibles de la provoquer.

Il y aurait donc un double vœu à émettre :

1° Extension à l'alcool des lois récentes applicables aux divers toxiques autres que l'alcool.

2° Extension aux autres toxiques de la loi sur l'ivresse publique applicable seulement à l'alcool.

3° Au point de vue répressif encore, il serait à désirer que la toxicomanie, soit aiguë (ivresse), soit chronique, fût une circonstance aggravante au lieu d'être atténuante comme elle l'est actuellement en cas de délit ou de crime. On dit bien que ce n'est pas notre rôle à nous, médecins, de charger des malades, mais l'intérêt général et l'intérêt même de ces malades exigent qu'on passe outre à ces considérations sentimentales. On pourrait d'ailleurs n'appliquer cette règle que chez les toxicomanes récidivistes.

4° Mais il ne suffit pas de mesures de répression : les toxicomanes sont des malades, physiquement et mentalement, et il est par conséquent nécessaire de leur appliquer un *traitement.*

Ce traitement, pour être efficace, comporte l'internement et une durée variable de surveillance, suivant les toxiques et suivant même chaque cas particulier.

Aucune loi actuellement ne permet d'imposer l'internement à un toxicomane qui ne délire pas.

Or, dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas de délire, ou il est transitoire. D'autre part, l'expérience montre que la guérison d'un toxicomane exige autre chose que la simple suppression de son toxique, et que les réactions, tant physiologiques que psychologiques, persistent pendant plus ou moins longtemps et qu'une longue surveillance est nécessaire avant que le sujet puisse être livré à lui-même avec le minimum de chances de récidive.

Il y a donc lieu de prendre des dispositions légales spéciales pour imposer, appliquer et contrôler le traitement des toxicomanes ; et le dernier vœu que je formulerai est d'établir ces mesures indispensables, mais, je le reconnais, délicates.

M. Calmels (de Paris). — A la dernière réunion du Comité de patronage du Dispensaire de prophylaxie mentale, la question de l'opium a été soulevée et discutée en raison de son

actualité immédiate. Le Dr Roger Dupouy a fait un exposé de la toxicomanie qui fut suivi d'une discussion à laquelle ont pris part MM. les Drs Briand, président, Toulouse et M. Henri Rollet.

La question de l'opium, d'intérêt international, étant trop étendue pour l'aborder dans son ensemble, elle fut réduite pour ce jour à l'étude du morphinisme à Paris. Il existe un nombre considérable de morphinomanes (actuellement, le service libre de Ste-Anne en compte 6 en traitement). A vrai dire, ce sont plutôt des héroïnomanes, les sujets préférant recourir à l'héroïne plutôt qu'à la morphine, en raison de l'intensité plus considérable de la sensation éprouvée.

Comment l'on devient morphinomane ?

On peut les classer en deux catégories. A côté de ceux qui s'adonnent au poison par déséquilibre mental, entraînement, contagion trop fréquente dans certains milieux, les plus nombreux, nous le regrettons, connaissent la morphine par l'intermédiaire d'une application thérapeutique intempestive.

Comment se procure-t-on la drogue

Il y a deux moyens de se procurer de la morphine : d'abord en l'achetant aux courtiers spéciaux ; il est à noter à ce sujet comme une coïncidence peu banale que les 9/10 de la morphine ainsi vendue proviennent de la maison Merck, de Darmstadt (Allemagne), le reste venant d'Espagne ou d'Italie. A cette offensive chimique boche a répondu du reste une défense policière efficace, et ce trafic a considérablement diminué ces dernières années.

Cependant, ce n'est jamais à cause de la difficulté de se procurer de la morphine que les malades viennent se faire soigner, car ils en obtiennent facilement, grâce à certains médecins, en allant avec persistance chercher chez eux des ordonnances. Ces médecins qui les accordent sont, il faut, hélas ! le reconnaître, ou des naïfs qui se laissent duper, ou des malhonnêtes qui trafiquent consciemment. Un récent procès, où des peines graves ont été infligées à certains d'entre eux, n'est pas une leçon suffisante, car la récidive des médecins marrons est certaine, catégoriquement affirmée par quelques-uns d'entre eux.

Comment traiter les toxicomanes ?

Pour le traitement, deux conditions se présentent, bien différentes, pour la cure. Le malade est traité en service libre ou en service fermé. Dans ce dernier cas, on est sûr de

le garder jusqu'à guérison. Mais, actuellement, aucune loi n'autorise l'internement obligatoire pour toxicomanie pure sans aucun désordre intellectuel ; de plus, cette mesure radicale éloignerait les malades. Au service libre, au contraire, ils viennent nombreux demander assistance et y entrent volontiers parce que las, obsédés, fatigués (ils avouent cyniquement que c'est par manque de place où piquer leur corps ulcéré qu'ils se résignent au traitement et non par défaut de morphine, toujours achetable).

A ce moment-là, ils acceptent tout ; mais quelques jours après, ils vont mieux, ne souffrent plus que du malaise causé par le besoin de morphine et ils veulent s'en aller. Aucune loi ne permet de les retenir, ils retournent à leur poison.

Au service libre, on use d'un moyen qui n'a qu'une valeur morale mais qui déjà est opérant : on exige du malade entrant en traitement une lettre demandant de le conserver même contre son gré aussi longtemps (40 jours en principe) qu'il est nécessaire pour sa cure.

Puisqu'il n'existe aucun moyen légal de lutter contre le morphinisme, plusieurs propositions ont été faites : tout d'abord il conviendrait d'attirer l'attention des médecins sur le danger d'un emploi abusif de la morphine et de répandre dans le milieu médical l'idée de supprimer autant que possible la piqûre de morphine quand on ne connaît pas la résistance mentale et intellectuelle du malade. Ensuite, il faudrait mettre hors d'état de nuire ces médecins marrons qui, prescrivant de la morphine, se font complices par profit d'une habitude qu'ils savent ou morbide ou vicieuse.

S'il existait un ordre des médecins analogue à l'ordre des avocats, ils pourraient être soumis au jugement de leurs confrères et à des sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion et à la radiation de l'ordre, c'est-à-dire au retrait de leur licence d'exercice.

Mais dans l'état actuel des choses, tout avertissement même venant d'un médecin dûment renseigné, pourrait être assimilé à une violation du secret professionnel ou à une dénonciation calomnieuse, et c'est l'acte de prophylaxie sociale qui tomberait sous le coup de la loi.

Il y aurait la ressource de faire porter plainte par un parent du malade contre inconnu ayant fourni du stupéfiant, mais ce moyen n'a guère pour effet que de terroriser le pharma-

cien, dont la responsabilité est infime le plus souvent, couverte par une ordonnance régulière du médecin.

La suggestion qui a rallié tous les avis des membres du comité est celle faite par le docteur Roger Dupouy :

Etendre le principe de la quarantaine obligatoire pour les maladies infectieuses (choléra, fièvre jaune) à l'intoxication morphinique. Ou, plus simplement : obtenir du Parlement la validité de l'engagement pris par les malades en entrant dans le service de traitement d'y demeurer le temps nécessaire à la cure, fixé à l'avance à tant de jours.

M. MINKOWSKI (de Paris). — Mon maître et ami, M. Rogues de Fursac, et moi, nous avons eu l'occasion d'insister, dans un article sur la cocaïnomanie qui doit paraître prochainement (1), sur un point très important. Ce point, d'ailleurs, a été plus d'une fois mis en lumière par ceux qui ont eu à s'occuper de la question. Les mesures pénales en vigueur atteignent les cocaïnomanes eux-mêmes qui bien souvent, en leur qualité de psychopathes, relèvent bien davantage de l'assistance médicale, que de répression pénale ; elles atteignent également les petits intermédiaires, par contre, elles ne parviennent à atteindre ni le gros marchand de « coco » qui reste insaisissable, ni encore moins le fabricant qui produit et répand impunément la drogue. C'est pourtant là la source du mal. Comme l'a dit dans son remarquable rapport M. Legrain, c'est à la cause elle-même que nous devons nous attaquer, et non aux conséquences. La chose cependant n'est guère aisée. Les fabricants, individus riches, et de ce fait puissants, se défendent. D'autre part, comme il est facile de s'en rendre compte, des arrangements internationaux sont nécessaires, pour réglementer non seulement la production de la drogue à l'intérieur, mais encore son exportation à l'étranger ; tant que celle-ci reste libre dans un pays quelconque, les mesures, prises par ses voisins, ne pourront aboutir. La Société des Nations s'est préoccupée, comme vous le savez, de cette question ; elle a été également à l'ordre du jour du dernier Congrès de Médecine Légale. Nous avons cru que ce point important devait être mentionné tout au moins là où il est question de « La criminalité des toxicomanes ». Nous le faisons donc, d'accord avec l'estimé Président du Congrès.

(1) Voir *La Pratique Médicale Française*, août 1923.

M. Frantz Adam (de Rouffach). — Mon incompétence en fait de toxicomanie est telle qu'il ne me serait jamais venu à l'esprit d'intervenir dans la discussion. Mais je tiens à dire combien j'ai été étonné de ce que M. Legrain nous a dit de la toxicomanie dans l'armée. Je fais remarquer que je me place uniquement sur le terrain de l'observation scientifique laissant de côté le point de vue sentimental qui n'a rien à faire ici.

Je n'ai jamais été à Montmartre pendant la guerre, mais, et je ne le dis que pour appuyer mon argumentation, j'ai passé quatre ans dans un régiment d'infanterie. Je n'ai rencontré dans ce corps qu'un seul toxicomane et..... j'ai le regret de dire que c'était un médecin.

Pour ce qui est des aviateurs je ne les ai vus que de très bas. Ils évoluaient et combattaient au-dessus de nous avec une maëstria telle que je ne puis croire qu'ils fussent ivres.

Mon ami Brissot m'a souvent parlé de Guynemer qu'il a connu... il ne m'a jamais dit qu'il l'ait vu ivre.

Je voudrais aussi porter un coup, que je voudrais devoir être fatal à la légende du soldat enivré pour aller à l'assaut :

1° Je n'ai jamais vu un soldat ivre au moment de l'assaut ;

2° Je ne crois pas qu'un officier aurait voulu bondir de la tranchée ayant à ses côtés un soldat ivre.

Il y avait déjà assez de dangers à courir sans s'exposer à avoir à se débattre sur le terrain avec un individu dans l'état que M. Legrain a si bien décrit tout à l'heure.

M. Rayneau (d'Orléans). — Si je suis fermement partisan du traitement en cure libre d'un très grand nombre de psychopathes et si, appliquant cette méthode depuis de longues années, j'ai pu en constater les heureux résultats, en revanche je demeure convaincu que vis-à-vis des toxicomanes l'internement s'impose absolument.

Si l'on considère à quelle profonde déchéance du sens moral, à quel anéantissement de la volonté et à quelles conséquences déplorables sont entraînés ces malades par suite de leur funeste passion, si l'on songe à la facilité avec laquelle, ayant été sevrés, ils reviennent à la drogue, on est forcé d'admettre qu'ils ne peuvent être guéris que si on leur impose un internement rigoureux et suffisamment prolongé. C'est pourquoi je voterai avec enthousiasme le vœu présenté par notre distingué rapporteur.

MM. Marcel BRIAND et JUDE (de Paris). — « La guerre de 1914 a fourni sa contribution émouvante à l'histoire des stupéfiants », écrit M. Legrain, dans son rapport. On ne saurait trop insister sur ce côté de la question étudiée par notre distingué collègue, mais je crois que sa parole a dépassé sa pensée lorsque, dans son éloquent exposé, prenant l'exception pour la règle, il nous a dit que l'aviateur de chasse ne chevauchait pas son appareil sans se mettre en état d'ivresse.

Quoi qu'il en soit, dès les premiers mois de la mobilisation, l'un de nous, frappé de l'augmentation des cas de toxicomanie, observés, tant dans le service de l'Admission à Ste-Anne que dans le Centre de la psychiatrie du Val-de-Grâce, signalait ce fait, à la Société de médecine légale (1). Parmi les cas observés, il s'en trouvait un qui soulevait un curieux problème de médecine légale.

Il s'agissait d'un engagé volontaire morphinomane qui, après sa désintoxication, émit la prétention d'être réformé, en alléguant qu'il avait signé son engagement sous l'influence de l'ivresse morphinique. Signalons en passant, qu'aujourd'hui, il prétendrait à une pension d'invalidité, pour infirmité aggravée en service.

Nous avons relevé, dans les archives de guerre du service de psychiatrie du Val-de-Grâce que, sur environ 14.000 délirants, officiers, sous-officiers ou soldats, hospitalisés dans cette division, figurent environ cinquante intoxiqués (2), non compris les alcooliques.

Polytoxiques	20
Morphine seule	18
Cocaïne seule	6
Ether seul	2
Opium seul	1
Divers (mangeurs de l'haschich et même fumeurs de kif)	mémoire

Sans passer en revue les observations de tous ces sujets, nous ferons simplement ressortir que, pour beaucoup d'entre-eux, il devait être répondu à des questions posées, soit au sujet

(1) Marcel BRIAND. — Séance du 10 novembre 1914. Communication sur « les toxicomanes et la mobilisation ».

(2) Dans ces chiffres ne sont pas comptés les toxicomanes, hospitalisés pour autres affections dans d'autres services et, notamment, les officiers traités dans la Division du Prof. Chauffard.

de leur réforme, soit au sujet de leur responsabilité (vols, désertion, etc.). On reste confondu en constatant combien il est facile, par un emploi judicieux d'une drogue, de « couper », surtout en temps de guerre à ses obligations militaires.

On entre, disait-on autrefois, dans la toxicomanie par la porte de la douleur ou celle de la volupté. Une autre s'est entr'ouverte pendant la guerre, grâce à une prudente précaution, celle qu'on pourrait appeler la précaution utile. Elle émane du système D, suivant l'expression du soldat.

Si, en effet, en temps de paix, beaucoup meurent de la drogue, il en est trop qui, en temps de guerre, lui doivent la vie, pendant que les camarades sont dans la fournaise, à leur place.

L'un de nous a été appelé à donner son avis, sur la responsabilité d'un officier, porteur d'un nom historique, adonné à la morphine avec sa femme et une infirmière, chargée de les soigner. Il se maintenait, grâce à des piqûres, savamment dosées (hélas par un médecin), hors d'état de remplir ses obligations militaires tout en évitant le Conseil de guerre.

Il serait intéressant de rechercher combien de toxicomanes qu'une opportune intoxication a tenu éloignés du front, et combien, ayant déserté, ont bénéficié d'une ordonnance de non-lieu, se sont fait réformer, et jouissent, maintenant, d'une honorable pension d'invalidité.

M. Legrain propose d'assimiler, du point de vue responsabilité, l'ivresse de la drogue quand celle-ci est onirogène, à l'ivresse alcoolique. On ne saurait mieux dire. Nous allons plus loin, en ce qui concerne les militaires et nous demandons, comme l'indiquait l'un de nous, dans la communication rappelée plus haut, que le fait d'échapper, sans aucun risque, à l'impôt du sang, par une trop facile intoxication, fût considéré comme une mutilation volontaire.

Il est, en effet, inéquitable et immoral de voir absous, surtout en temps de guerre, un militaire qui s'est mis hors d'état de servir, par une piqûre de morphine ou tout autre intoxication, alors qu'une très sévère punition frappe celui qui se sera fait volontairement une blessure, même sans grande gravité.

Il va sans dire que nous approuvons les conclusions de notre collègue, lorsqu'il émet le vœu que des services appropriés soient créés pour les intoxiqués.

Si l'intoxiqué volontaire délinquant doit être puni, il est, en effet, équitable de lui offrir les moyens de se guérir, non seule-

ment de son intoxication mais encore de son aptitude à s'y abandonner ; nous irions même plus loin, en imposant aux militaires un traitement obligatoire.

M. l'Inspecteur général RONDEL (de Paris). — Pense qu'il faudrait une législation spéciale pour réprimer la toxicomanie.

M. D'HOLLANDER (de Louvain). — J'ai lu avec grand intérêt le substantiel rapport de M. Legrain, et j'ai suivi avec une attention croissante sa discussion.

Depuis de nombreuses années, l'honorable rapporteur, avec une activité inlassable, que tous nous admirons, sonne le ralliement contre le danger alcoolique ; voici qu'aujourd'hui sa voix s'élève contre les poisons modernes, avec une éloquente persuasion, dont je ne puis m'empêcher de le féliciter.

Dans les premières pages de son rapport, M. Legrain a exprimé des réserves qu'il n'a pas développées, mais qui sont émises d'une manière évidente, quant à la gravité du péril néotoxique, dont, à entendre les cris d'alarme jetés de tous les points de la Société, nous serions menacés.

Dans cet ordre d'idées, les propositions de l'honorable rapporteur ont captivé notre attention, en ce qu'elles confirment une opinion que nous avons déjà émise ailleurs.

Comme M. Legrain, je pense que l'on tend à exagérer les dangers actuels immédiats du péril néo-toxique.

Le cocaïnomane me paraît constituer une curiosité toxicomanique, dont le privilège reste limité à des milieux spéciaux aux grandes agglomérations urbaines. En Belgique, la masse de notre peuple n'est pas tombée victime de l'Autre Danger ; certes, sa mentalité n'est pas encore stigmatisée de toxicophilie.

Par ces temps où de partout l'on sonne le ralliement contre « le péril toxique », nous avons eu la curiosité de nous former une opinion personnelle sur le coefficient criminogène respectif de l'alcool et de la cocaïne.

A cet effet nous n'avons eu qu'à puiser dans le riche matériel que nous fournit le Service d'Anthropologie des prisons de Louvain.

A Louvain, il existe deux prisons : la prison centrale renfermant les criminels condamnés aux travaux forcés et à des peines criminelles dépassant 5 ans ; sa population se recrute dans l'ensemble du pays, tant dans les villes que

dans les campagnes. La prison secondaire est destinée aux peines correctionnelles, pour l'arrondissement judiciaire de Louvain ; ses pensionnaires, pour l'immense majorité, appartiennent aux classes rurales.

A la prison centrale, nous avons parcouru les dossiers anthropologiques de 420 détenus ; pour la grosse moitié, leur crime ressortit à la période d'après-guerre.

Parmi eux nous en trouvons deux qui incidemment, par curiosité ou par imitation, ont pris de la cocaïne, et deux de l'opium ; intoxication fortuite, ni toxicophilie, ni toxicomanie, nous n'en ferons point état.

Cinq autres ont fait usage habituellement — c'est-à-dire durant des mois et des années — de la cocaïne. Ce sont :

1° un instable social, condamné aux travaux forcés à perpétuité pour vol et meurtre ;

2° un dégénéré mental, escroc-faussaire, récidiviste ;

3° et 4° deux voleurs récidivistes, condamnés respectivement à 20 ans de travaux forcés et à 6 ans de réclusion ;

5° un meurtrier, condamné à 20 ans de travaux forcés.

Le début de leur toxicomanie se situe dans la période de guerre et d'après-guerre ; tous cinq vivaient dans des milieux cocaïnomanes ; deux d'entre eux prenaient en outre, l'un de la morphine, l'autre de l'opium comme ses compagnons d'usine qui étaient Algériens.

Chez chacun des cinq la cocaïne n'est pas intervenue, soit d'une manière directe, soit d'une manière indirecte, dans le déterminisme du crime. Dans leur constitution mentale ne se laisse déceler aucun symptôme qui doive être rapporté à l'intoxication par la drogue.

Au total nous trouvons donc sur 420 criminels, 5 cocaïnomanes ; soit 1 1/2 0/0 ; et encore, ce pourcentage au point de vue criminologique, peut être tenu pour pratiquement nul, car la cocaïne n'est intervenue en rien dans la genèse du crime.

A la prison secondaire, 100 dossiers examinés ne donnent aucun cas d'usage de cocaïne.

En regard de la cocaïne mettons maintenant l'alcool. Pour l'alcool, les chiffres sont réellement impressionnants.

Nous avons écarté, intentionnellement, tous les cas où le rôle criminogène de l'alcool est intervenu seulement d'une manière indirecte ; soit comme appoint toxique au moment du crime, soit comme facteur de déchéance intellectuelle et

morale, soit par voie héréditaire comme tare dégénérative. A notre sens les données que l'on peut recueillir dans ces divers domaines sont entachées de trop d'imprécision et accompagnées de trop d'impondérables, pour leur reconnaître un caractère réellement démonstratif. Signalons toutefois *grosso modo*, et nous restons vraisemblablement bien au-dessous de la réalité, que 50 0/0 des détenus de la prison centrale sont des buveurs, sinon des ivrognes.

Dans le but d'asseoir nos statistiques sur des faits indiscutables, de garder à notre démonstration toute sa valeur objective, nous nous sommes contentés de tenir compte exclusivement des seuls cas où le facteur alcool fut trouvé comme étant en rapport direct avec le fait criminel. En d'autres mots, nos chiffres se rapportent uniquement à des crimes commis en état d'intoxication alcoolique aiguë, que celle-ci ne soit pas sortie des cadres de l'ivresse banale, ou qu'il s'y soit mêlé un élément d'impulsivité morbide et amnésique plus ou moins prononcé.

A la *prison secondaire*, sur 100 délits passés en revue, 10 furent commis en état d'ivresse : rixes, rébellion, violences, coups de feu, incendie, exhibitionnisme, quelques-uns à l'occasion de fête, kermesse, carnaval. La moitié environ de ces délinquants sont fils, sinon petit-fils, d'alcoolique et atteints de débilité mentale.

A la prison centrale notre statistique a porté sur 400 criminels ; ils se répartissent sur les années 1894-1922 ; la grosse moitié d'entre eux, nous le répétons, appartiennent à la période d'après-guerre (1918-1922). Nous trouvons ici 55 crimes commis en état d'ivresse ; le pourcentage est donc de 13,75 0/0 de crimes alcooliques.

Par ordre d'importance numérique viennent :

Meurtres : 31.

Assassinats : 17.

Attentats à la pudeur et viols : 6.

Vol : 3.

La sauvagerie avec laquelle furent perpétrés quelques-uns de ces crimes témoignent de l'impulsivité pathologique de leurs auteurs.

Parmi ces criminels, la plupart sont des récidivistes de la violence ; un grand nombre sont tarés par l'hérédité alcoolique et mentale ; plusieurs sont des débiles mentaux, des individus violents et impulsifs d'origine, des instables sociaux.

Les chiffres de notre statstique comparée doivent faire admettre que dans les circonstances ordinaires de l'existence, en dehors des situations exceptionnelles telles qu'il peut s'en présenter, par exemple à la guerre et dans les grands centres urbains, la cocaïne ne constitue pas, tout au moins d'une manière directe, à l'heure actuelle en Belgique, un facteur de haute criminalité.

Loin de nous la pensée de nier d'une manière absolue le rôle de la cocaïne comme facteur général — ceci resterait à prouver — de dégénérescence et partant de criminalité.

Ce que nous voulons faire ressortir, c'est que du point de vue criminologique immédiat, le danger alcoolique domine dans des proportions écrasantes le péril cocaïnique.

Et ici je peux marquer mon accord avec l'honorable rapporteur ; j'élargirai même sa proposition en disant que dans la pratique médico-pénitentiaire la criminalité toxique se résume dans l'alcool.

M. Aug. Ley (de Bruxelles). — Fait allusion à la loi projetée actuellement en Belgique où la cure doit remplacer la prison pour les toxicomanes. Il donne son appui au vœu de M. Legrain.

M. Logre (de Paris). — Comme le Dr Solfier, l'auteur insiste sur la sémiologie médico-légale *différentielle* des intoxications. *L'opium*, par exemple, est un apaisant plutôt qu'un excitant ; il n'entraîne, d'ordinaire, ni hallucination, ni délire, ni démence (Dupré et Logre), mais un état d'inactivité avec rêverie imaginative, sorte d' « autisme » expérimental. D'où l'extrême rareté des réactions brutales au cours de l'imprégnation toxique (mais non de la désintoxication qui peut faire du malade un aliéné) ; d'où encore la difficulté d'interner les morphinomanes, lucides et calmes, et la responsabilité, parfois entière, de ces intoxiqués, délinquants ou criminels en connaissance de cause. Au contraire, les poisons hyperthénisants et convulsivants, dont le type est la cocaïne, provoquent de l'ivresse, volontiers brutale, des états subaigus analogues au délirium tremens (agressivité particulière des cocaïnomanes), des délires prolongés de persécution, de grandeur et d'influence, des démences rappelant la paralysie générale, et des états épileptiques, avec ou sans équivalents psychiques. Dans ce groupe de poisons, la toxicomanie est beaucoup plus fertile en délits et en crimes.

Deux autres points : 1° *La fréquence relative des petits états d'excitation ou de dépression* psychiques, au cours des récidives toxicomaniaques, d'autant plus aptes aux réactions médico-légales qu'elles reposent sur un fond psychosique préalable ; 2° *La rareté relative des réactions médico-légales* au cours des toxicomanies *autres que l'alcool,* la morphinomanie et la toxicomanie étant des dangers sociaux mineurs, l'alcool le danger majeur, qui menace, à la fois, la sécurité et la vitalité du pays.

M. Brissot (de Rouffach). — Expose la situation de l'alcoolisme dans le Haut-Rhin. L'asile de Rouffach reçoit actuellement un nombre considérable de toxicomanes de l'alcool. Or, la criminalité a crû en Haute-Alsace dans des proportions analogues. Les pouvoirs publics se sont émus de cette recrudescence des crimes et des délits dus à l'alcoolisme aigu ou chronique, d'autant plus que, antérieurement au retour de l'Alsace à la France, il y avait très peu d'alcooliques dans le Haut-Rhin.

C'est la raison pour laquelle le Dr Brissot se demande si la question « sanction pénale » n'a pas été perdue de vue et si l'on n'a pas tort parfois d'être trop indulgent pour les alcooliques. Il semble qu'une peine de prison légère infligée au délinquant dès sa première faute, l'arrêterait peut-être sur la voie funeste.

Comme la question de la *pénalité atténuée* ne peut être retenue par le médecin-expert, le Dr Brissot se range au vœu exprimé par le Dr Legrain, mais demande que, à défaut de sanction pénale, l'alcoolique soit interné *d'office* dans un asile dès sa première délinquance ou dès que les premiers troubles psychiques se manifestent. En outre, il est absolument indispensable, au point de vue résultat du traitement, que l'internement soit fixé par les autorités administratives et judiciaires, pour une durée déterminée.

M. Fouque (de Pierrefeu). — Je n'ai qu'un mot à dire après les observations magistrales qui viennent d'être faites. Médecin de l'Asile de Pierrefeu et expert des Tribunaux du Var, je ne connais dans mon asile aucun internement pour délire chez un fumeur d'opium. Il y a bien peu d'affaires criminelles où l'on puisse invoquer vraiment l'influence de la « drogue ». Dans l'affaire Ullmo, invoquée par M. Logre, je me demande si

l'influence de la belle Lisne n'était pas aussi importante. Ces toxicomanes sont je crois, surtout, des demi-fous moraux, si je puis m'exprimer ainsi ; on vient de parler de sanctions, prison ou internement. Ces individus ne relèveraient-ils pas mieux de l'asile de sûreté, de l'asile-prison que nous réclamons depuis longtemps.

M. Repond (de Malévoz-Mouthey). — Le distingué rapporteur nous a exprimé le désir d'entendre l'avis des psychiatres suisses, susceptibles, à son avis, d'apporter aussi quelque lumière dans le débat.

Or, nous avons, en Suisse, toute raison de nous montrer excessivement modestes, après la défaite retentissante de la révision du monopole de l'alcool. Comme vous le savez peut-être, les pouvoirs fédéraux, pour mettre un frein à la marée montante de l'alcool, notamment à la distillation des fruits par les petits producteurs, avaient proposé une extension du monopole, qui fut malheureusement repoussée par le peuple à une énorme majorité. Il faut voir dans cet échec avant tout une défiance profonde du peuple suisse contre tous les monopoles de quelque nature qu'ils soient, mais aussi une action coordonnée et habilement menée de « l'Alcool Interest ».

Je ne saurais vous donner en ces quelques minutes un aperçu, si sommaire soit-il, sur la législation actuelle ou en préparation dans notre pays. En effet, nos 22 cantons se comportent tous de manière différente. Les uns possèdent, par exemple, des mesures de préservation sociale plus ou moins étendues et opérantes, les autres ne possèdent rien.

Dans le canton où j'habite, par exemple, ce sont les chambres pupillaires (organes de la tutelle) qui interviennent, mais seulement quand le buveur compromet sa situation financière par ses excès. En effet, l'assistance publique et médicale reposant sur des communes généralement peu fortunées, elles ont un intérêt immédiat et personnel à intervenir, car les charges accrues de l'assistance signifient évidemment augmentation de l'impôt communal.

Pour terminer, un mot à propos des nouveaux toxiques. Malheureusement, la Suisse contribue aussi pour une certaine part, petite à la vérité, à cette nouvelle forme d'empoisonnement, car elle fabrique des toxiques. Il est question actuellement, à propos de notre adhésion à la Convention internationale de l'Opium, d'une limitation apportée à la fabrication

des toxiques. Cela ne va pas tout seul. En effet, il paraît que les fabricants, alarmés à la perspective d'une diminution de leurs bénéfices, interviennent dans le débat de manière très agissante et d'ailleurs dissimulée.

On ignore encore à l'heure actuelle qui l'emportera dans ce débat : la santé publique ou les gros sous.

M. Pierre BÉHAGUE (de Paris). — Je vous demande, Messieurs, la permission de dire simplement quelques mots, au nom de M. Crouzon et de moi-même, à propos de cette phrase du rapport de M. Legrain : « Tous les aviateurs de chasse sont des polytoxicomanes. »

Je serai très bref, afin de ne pas renouveler une critique déjà faite par plusieurs d'entre vous.

Dès 1917, M. Crouzon, alors au Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé, reçut durant les dernières années de la guerre les rapports médicaux des camps d'aviation, et notamment ceux du centre d'examen médical du personnel navigant aérien, placé à Longvic sous la direction de M. le Professeur Guillain. Très peu de toxicomanes furent signalés et immédiatement renvoyés.

Depuis l'armistice, j'ai moi-même été chargé de l'examen neurologique des pilotes militaires, puis des navigateurs aériens de l'aviation commerciale de France. Tous ces hommes, recrutés cependant en majeure partie parmi les anciens pilotes de guerre, ne m'ont laissé dépister aucun intoxiqué.

Inutile de dire que nous pourchassons cependant ce genre de malades avec la plus grande sévérité. Dans ce but, non seulement les signes cliniques d'intoxication sont recherchés avec soin, mais nous usons encore du test donné par la mesure précise des réactions psychomotrices auditives, visuelles et tactiles.

Ces réactions, dont la valeur moyenne normale s'inscrit respectivement entre 13 et 16 — 15 et 19 — 18 et 21 centièmes de seconde, possèdent chez l'individu sain une remarquable régularité. C'est ainsi que l'écart moyen de dix réactions consécutives a toujours une valeur de 1 à 2 centièmes de seconde. Chez les intoxiqués, au contraire, l'écart entre les réactions consécutives est très augmenté, et, comme l'ont montré Maublanc et Ratié, Broca, Beyne et moi-même, cet écart peut être porté jusqu'à des chiffres valant 2, 3 fois et plus encore la valeur réactionnelle.

Cette irrégularité des réactions psychomotrices constitue donc un excellent test, permettant de déceler une intoxication même légère ou fugace, et quel que soit l'agent intoxicant employé. Grâce aux réactions psychomotrices, nous pouvons affirmer que le personnel navigant de l'aviation commerciale est actuellement très sain au point de vue toxicomanie.

Je compte parmi les anciens aviateurs de chasse de nombreux camarades et même quelques amis. L'un d'eux, hélas ! est encore tombé tout récemment, victime de son dévouement à la science aéronautique. Je devais à la beauté exemplaire de sa vie, de venir défendre ici sa mémoire.

M. Ch. Graeter (de Bâle). — Je fus invité l'année passée à plusieurs reprises, entre autres pour le Congrès des directeurs de prisons en Suisse, de faire des conférences sur le traitement et l'exploration des criminels par la Psychanalyse. En étudiant à ce but la littérature criminologiste, je trouvai dans l'excellent livre de Laurent sur les internés des prisons de Paris un passage qui m'a frappé.

« L'anthropologie criminelle, dit-il, est encore une science jeune, où il reste bien des lacunes à combler. Et cependant, les prisons sont des mines inépuisables. Mais ils n'ont pas encore fait l'objet d'une utilisation scientifique... » Et vraiment, d'un coup d'œil subit, ce passage m'a mis en présence d'un phénomène très curieux de l'histoire culturelle : dans notre siècle scientifique, nous laissons inexplorée une des plus grandes plaies de l'humanité, et je me suis dit que notre premier postulat à former, c'était de demander si tôt que possible (comme nous avons des cliniques chirurgicales et internes et psychiatriques, etc.) des cliniques criminologiques, avec un état-major de médecins et juristes, à la hauteur de la psychiatrie, la psychanalyse, la psychologie expérimentale, l'anthropologie criminelle et la statistique sociologique.

Naturellement, nous n'y arriverons pas d'un seul assaut, mais par étape. Une telle étape forme, par exemple, notre traitement des criminels psychosés dans nos asiles.

Une autre étape formera le traitement spécial des criminels toxicomanes. Mais, à ce sujet, il nous faudrait avoir des asiles spéciaux, que nous demandons il y a longtemps en Suisse, et puis, et c'est ce qu'il y a de plus important, un changement de nos codes pénaux. L'exemple classique nous en a été

donné par l'Américain *Pollard,* devenu une célébrité internationale, dit « le bon juge ». De son propre chef, il commença tout simplement à ne plus infliger de punitions pour des crimes commis sous l'influence de l'alcool, à condition que les délinquants se soumettent à l'abstinence complète des boissons alcooliques (vin y compris, ce qu'il est important de souligner en France) et à un contrôle continu à ce sujet. Ce fut un des commencements des punitions à condition qui, en partie, ont été introduits dans la plupart des pays. Voilà le changement du code pénal que nous devons demander pour les criminels toxicomanes dans tous les pays où il n'existe pas encore ; mais pas seulement la punition conditionnelle, c'est-à-dire la remise de peine à condition que l'acte criminel ne se répète pas, mais aussi à condition qu'il se fasse traiter et ne s'intoxique plus. Il sera donc dirigé, dans les cas graves, dans les asiles spéciaux à créer. C'est ce que la Société des psychiatres, en Suisse, a réussi à faire accepter par le nouveau code pénal, en discussion encore dans nos parlements.

Vous voyez donc que notre Société de psychiatres en Suisse ne serait pas d'accord avec M. le D[r] Brissot, directeur de l'asile de Rouffach, qui demande qu'on punisse l'alcoolique ayant commis un délit. C'est au contraire très important qu'on l'oblige tout de suite à se faire traiter pour sa maladie. Mais, pour ça, il est avant tout important qu'on en fasse la psychanalyse et qu'on (surtout un directeur d'asile) lui donne l'exemple de l'abstinence personnelle. Sans cela, on n'arrivera pas à le guérir. Et puis, après sa cure de retranchement d'une demie à une année, il devra être mis sous contrôle d'une société d'abstinence ou de patronage de buveurs. Où il n'en existe pas, les médecins d'aliénés ont à en fonder. Voilà ce que, sous Forel, nous avons fait en Suisse.

Mais avant d'avoir des asiles pour des toxicomanes criminels, il faut en avoir pour les intoxiqués non criminels, comme nous en avons déjà une quantité en Suisse et puis des patronages pour buveurs, cités aussi par le rapporteur.

Mais plus important encore que le traitement c'est la prophylaxie. Pour ça il faut des sociétés d'abstinence, comme nous en avons un grand nombre en Suisse, avec environ 100.000 membres, s'abstenant de toute boisson alcoolique, vin y compris. Y a-t-il une tâche plus noble pour des médecins, et surtout des psychiatres, de prendre l'initiative sur ce vaste et important champ de prophylaxie sociale.

Car 30-50 0/0 des criminels, chez nous, sont des intoxiqués et, d'après Laurent, 9/10 des internés des prisons de Paris sont des alcooliques. Le rôle important criminologique de l'alcool se prouve avant tout par sa restriction et la diminution des crimes qui en suit dans tous les pays où cette expérience a été faite.

Ici, il faut que je réponde à mon confrère de Bâle, le Prof. Bing, à propos de la conférence du Prof. Kraepelin à Bâle, à laquelle, contrairement au Prof. Bing, j'ai eu le plaisir d'assister personnellement. Il est vrai que le Prof. Kraepelin a parlé du grand rôle que l'alcool a joué sur le front allemand, spécialement en Champagne, avant la lutte de la Marne et dans les étapes ensuite. Mais pour l'intérieur, il nous a au contraire démontré comme l'alcoolisme a diminué, à un tel point que, dans les asiles d'aliénés, il ne se trouvait pour ainsi dire plus de deliriums tremens et d'alcooliques chroniques qui, auparavant, formaient 1/3 des internés. Ainsi, tous les asiles se vidaient à un haut degré (chez les hommes comme chez les femmes). Les publications des amples et intéressantes enquêtes de Kraepelin ont d'ailleurs déjà paru. Elles couvrent entièrement ce que vient de nous dire notre rapporteur, bien documenté.

J'arrive au bout, le rapporteur nous a montré que ce qui manquait aux criminels ; c'est la responsabilité sociale. Pour leur éducation, ce qu'il leur faut, c'est l'exemple, et non seulement l'exemple de ne pas commettre de crime, mais de l'abstention totale de tout intoxicant. Rappelons-nous de nos responsabilités et demandons-nous s'il n'est pas du devoir de tout médecin ayant vraiment à cœur le bien de tous ses malades, de même que du peuple entier ; d'être abstinent et de cesser d'assumer le rôle de criminel envers les criminels en manquant vis-à-vis d'eux d'un écart nécessaire.

M. Salvador Vivès (de Salt). — Insiste sur l'importance prédominante de l'alcoolisme en matière de criminologie et sur l'insuffisance de l'éducation scolaire, moyen prophylactique efficace.

M. Michel, *Conseiller à la Cour d'Appel de Paris, Délégué de la Commission de surveillance des Asiles de la Seine.* — Permettez-moi une très courte observation. Je ne tenterai pas

d'examiner la question au point de vue médical après l'exposé magistral que vous en a fait mon vieil ami Legrain. Quelles qu'aient pu être mes observations personnelles sur les criminels intoxiqués, je ne puis me placer ici qu'au point de vue du magistrat, dont le rôle est de rechercher si le délinquant intoxiqué doit être frappé par la loi. Or, une première question se pose : dans l'examen de l'aliéné criminel, on voit l'état actuel, on ne pense pas au passé. Au moment du crime ou du délit, l'agent n'avait plus la plénitude de son libre arbitre, mais ne convient-il pas de lui dire : « Vous vous êtes mis volontairement dans un état dans lequel vous ne pouviez ignorer que vous seriez capable de commettre un acte contre la société. » Une excuse préparée, cherchée, voulue, est-elle une excuse ? Supposez un homme qui veut commettre un crime, sa conscience ou la crainte du châtiment le retiennent, il boit 1/2 litre d'alcool pour « se donner du cœur », pour surmonter ses hésitations, puis il frappe. Osera-t-on dire qu'il était irresponsable ? et ce qui se produira là en quelques instants ne se produit-il pas, bien que sur une période plus longue, chez celui qui s'est adonné au poison qu'il savait devoir éteindre ou atténuer sa responsabilité ? Voilà la première question qui se pose.

Il y en a une autre : que doit faire la société ?

Supposons que l'expert a conclu à l'irresponsabilité — le criminel est acquitté. Il était peut-être irresponsable au temps de l'action (art. 64 Code Pénal), mais l'alcoolique guérit vite en prison, s'il n'est plus irresponsable lors du jugement, on ne pourra pas l'interner. Bref, il aura le privilège d'échapper à la sanction pénale. C'est pour cela que j'ai présenté à la Société de Médecine légale un projet de réforme, qui peut se résumer en 2 principes.

1° Celui qui échappe à la loi pénale, qu'il soit acquitté ou qu'il bénéficie de l'indulgence parce que sa responsabilité est abolie ou limitée, devra *nécessairement* être l'objet de mesures spéciales, internement s'il est irresponsable, demi-liberté ou liberté surveillée s'il est à moitié responsable. C'est en somme l'application à l'aliéné du système déjà adopté pour le mineur.

2° Le fait de revenir à la santé ne le libèrera pas de ces mesures, la loi de 1838 ne lui étant plus applicable. Il n'y pourra échapper que le jour où les experts auront pu affirmer que toute crainte de récidive criminelle peut être écartée.

J'ajoute que le jour où de semblables dispositions seraient devenues loi, on ne verrait plus tous les délinquants ou criminels alléguer leur prétendue folie, comme cela se produit de plus en plus devant les tribunaux et devant les Cours d'assises. Il y a là un courant qu'il faut à tout prix remonter. La haute autorité des maîtres de la science qui m'écoutent, s'ils voulaient bien approuver mon projet, serait un puissant appui pour cette réforme qui m'apparaît comme nécessaire.

M. Hamel (de Maréville). — Apporte une statistique rassurante sur l'efficacité de la lutte antialcoolique. Dans la Meurthe-et-Moselle et les Vosges, les cas d'aliénation mentale imputables à l'alcoolisme ont diminué des 3/4 depuis la guerre.

M. René Charpentier (de Paris). — rapporte un cas de *mort par tétanos consécutif à une injection de laudanum de Sydenham* faite sur lui-même par un étudiant en médecine, *toxicomane* depuis quatre ans, et ayant déjà subi deux cures de désintoxication. Le sujet, qui avait usé d'abord de morphine et de pantopon à l'occasion d'insomnies, se mit à se faire des injections de laudanum par difficulté de se procurer de la morphine. Il avait le corps couvert de cicatrices d'abcès. Chez ce jeune homme, considéré auparavant comme un modèle, on avait assisté à une baisse progressive de la moralité telle que, bien qu'il soit à la fin de ses études, sa famille était décidée à le faire renoncer à l'exercice de la profession médicale.

A l'occasion d'une rechute et de quelques injections nouvelles, peu nombreuses, de laudanum, il présenta un tétanos à marche rapide dont il mourut en trois jours.

M. Legrain (de Paris) fait remarquer qu'il avait intentionnellement traité la question sous son aspect le plus général et qu'il est tout à fait d'accord avec les orateurs sur les précisions qu'ils ont apportées concernant les réactions distinctives des différents toxicomanes. Il avait, par contre, signalé comme des particularités exceptionnelles les pratiques toxicomaniaques dans l'armée et est là-dessus, par conséquent, encore complètement d'accord avec ses confrères. Il insiste pour le vote par l'assemblée du vœu qu'il a formulé, et qui a pour but de conjurer le danger social que tout le monde est

unanime à reconnaître dans les toxicomanies. En effet, beaucoup d'invalides ou de débiles mentaux ne seraient pas insociables, s'ils ne s'intoxiquaient pas. Et une fois qu'ils sont intoxiqués, ils ne sont plus responsables de ce qu'ils font.

⁂

Vœu

M. Legrain (de Paris). — Votre rapporteur, Messieurs, vous signale que le problème des asiles pour intoxiqués est soumis au Conseil Supérieur de l'Assistance Publique, à la diligence même de M. le Ministre de l'Assistance et de l'Hygiène Publiques.

La question viendra devant la 4ᵉ Section du Conseil en octobre prochain. Votre rapporteur est chargé précisément de son étude.

Il considérerait comme un excellent appui pour ses conclusions que le Congrès des médecins aliénistes de Besançon adoptât le vœu suivant, qui serait transmis au Ministre compétent.

« Le Congrès,

« Après avoir entendu et discuté un rapport sur la *criminalité des toxicomanes,* exprime le vœu que les pouvoirs publics fassent diligence pour que des services spécialisés ou des maisons de traitement pour la cure des intoxiqués par voie d'internement soient organisés dans le plus bref délai et qu'une législation spéciale, annexe ou non de la loi générale sur les aliénés, dispose que les intoxiqués pourront être retenus dans ces services par l'autorité judiciaire, autant qu'il sera jugé nécessaire pour assurer leur guérison. »

Le vœu proposé par M. Legrain est adopté à l'unanimité.

COMMUNICATIONS

Qu'est-ce qu'une psychonévrose ?

Par M. L. Schnyder (de Berne)

Pour justifier la substitution du terme de *psychonévrose* à celui de *névrose* et pour assurer aux psychonévroses une place définitive en pathologie, il est nécessaire de définir ces dernières par des caractères nosologiques *positifs*, l'ancienne conception des maladies *sine materia* étant inconciliable avec la biologie moderne.

L'auteur estime qu'il ne faut pas chercher dans l'étiologie psychologique seule la caractéristique des psychonévroses, car il y a des troubles à étiologie psychologique qui ne sont pas des psychonévroses mais des psychoses, comme, d'autre part, certains troubles des fonctions psychologiques peuvent être déterminés par des causes matérielles, par l'intermédiaire des appareils sensitivo-sensoriels et ressortir tout de même aux psychonévroses. Pour caractériser les psychonévroses, il faut tenir compte du *niveau* auquel sont atteintes les fonctions nerveuses. L'auteur adopte le principe établi par M. *Pierre Janet* de la *hiérarchie des fonctions* et considère les psychonévroses comme des troubles de ces fonctions supérieures du système nerveux qui règlent la conduite de l'homme dans la vie et permettent son adaptation aux conditions toujours en voie de changement du milieu présent. Les psychonévroses sont des réactions anormales de l'individu aux conditions actuelles du milieu, réactions mises en jeu par les fonctions psychologiques supérieures constituant la personnalité consciente. Elles présentent des symptômes psychiques et des symptômes somatiques, ces derniers dépendant de causes psychologiques (troubles psychogènes) ou d'excitations sensitivo-sensorielles.

L'auteur établit une distinction entre les *psychonévroses*, formes nosologiques de durée et à évolution, et les *troubles psychonerveux* résultant d'excitations psychiques et sensitivo-sensorielles de courte durée et présentant également le

caractère d'une adaptation défectueuse de l'individu aux conditions présentes de la vie.

L'auteur range dans les psychonévroses les *états hystériques,* les *états psychasténiques* (névroses d'obsession de Freud), les *états psychotraumatiques* (psychonévroses de guerre de Roussy et Lhermitte), les *états neurasthéniques.*

L'auteur refuse la qualité de psychonévrose à l'épilepsie, comme à ce qu'on appelle en Allemagne les *névroses partielles* (cardiaque, gastrique, intestinale, uro-génitale, vaso-motrice, psycho-motrice, etc.). Il ne trouve pas utile de conserver la dénomination de *névrose* à certains troubles des fonctions endocrino-sympathiques (maladie de Basedow, tétanie, symptômes dysthyroïdiens, etc.). Il considère que le terme de névrose, pris dans l'acception de maladie « *sine materia* », est destiné à disparaître du langage scientifique. Déjà on le remplace, pour désigner certaines formes nosologiques, par celui *d'endocrinopathie,* de *sympathicopathie.*

Cette conception des psychonévroses permet aussi de les distinguer des *psychoses* qui constituent une atteinte des fonctions psychologiques plus anciennes, plus fixées. Tandis que la psychonévrose reste encore dans le plan de l'activité sociale commune, la psychose place le malade en dehors de ce plan social et fait de lui un aliéné.

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — Je rends hommage à la maîtrise de M. Schnyder dans sa discrimination des psychonévroses. Comme lui j'admets parfaitement l'importance du niveau auquel les diverses fonctions neuro-psychiques sont atteintes ; mais dans ce vaste groupe des psychonévroses, dont les manifestations sont dites fonctionnelles, il me semble qu'on peut, pour beaucoup de cas tout au moins, faire une division suivant l'origine somatique ou psychique des troubles. On aurait ainsi : *a*) les *psychonévroses physiogenétiques,* dont les expressions neuro-psychiques dépendraient de perturbations somatiques antérieures, que des examens des humeurs, des glandes endocrines ou du sympathique peuvent mettre en évidence ; et *b*) les *psychonévroses psychogenétiques,* secondaires à des facteurs psychiques constatés. Ce n'est pas dire que dans les uns et les autres il n'y ait pas intrication des processus psychiques et physiologiques. Evidemment, mais avec cette division j'ai voulu montrer que, pour

moi, le terme *psycho* précédant *névrose,* n'a pas de valeur pathogénique, ainsi que l'entendaient Dejerine et Gaukler dans leur volume aujourd'hui classique. Et je suis heureux de voir qu'à ce point de vue M. Schnyder est de mon avis.

Par contre, je ne partage pas son sentiment, quand il dit que les psychoses se distinguent des psychonévroses en ce qu'elles sont caractérisées par des symptômes tels qu'ils constituent de véritables faits psychiques nouveaux, tout à fait distincts des phénomènes psychologiques normaux. Si M. Schnyder connait de tels faits, qu'il nous les cite. Depuis que Claude Bernard a montré que les mêmes lois s'appliquaient à toute la physiologie, qu'elle soit normale ou pathologique, personne n'a décelé de trouble qui ne puisse rentrer dans les perturbations des grandes lois physiologiques connues. Il me paraît en être de même en psychologie. Quand Delmas, il y a quelques mois, a pensé trouver aussi ce critère d'un signe psychique qualitativement distinct des lois de la psychologie pour séparer les psychoses non constitutionnelles des psychoses constitutionnelles qu'il considère comme la simple exagération quantitative des caractères, je lui ai demandé de nous montrer ces signes. Il ne nous en a montré aucun. Aujourd'hui j'adresse la même demande à M. Schnyder.

M. Charles Graeter (de Bâle). — Je considère comme un grand progrès la substitution du mot « Psychonévrose » au terme d'Hystérie ou Neurasthénie, etc., par le Professeur Du Bois, et le Dr Schnyder nous a montré très joliment ce qu'il entendait pas cette expression. Mais malgré ce progrès réalisé, je trouve le terme encore susceptible d'induire en erreur. C'est pour ça que j'ai proposé pour ces maladies une nouvelle terminologie (voir Forel, *der Hypnotismus,* VIIIe édition, 1918). En parlant de névroses, de même que de psychonévroses, nous éveillons l'idée que ce sont les nerfs mêmes suivant leurs trajets dans nos membres qui sont malades, une erreur qui rend souvent ces maladies très difficiles à traiter. Et ce n'est pas seulement une erreur que l'on rencontre seulement dans le public, quand on l'entend parler de « nerfs malades » mais aussi chez quantité de médecins qui ne se rendent pas assez compte que ce sont, comme nous l'a bien démontré le Dr Schnyder, les *sentiments* qui sont dérangés.

Ce n'est donc pas selon le trajet de l'expansion des nerfs que la maladie s'étend, mais dans les zones affectives avec des fins affectives. Or pourquoi ne pas nommer ces maladies d'après ce qu'elles représentent : des maladies affectives, des *thymopathies* (selon Frank, 1922) ou bien tout court des « thymoses », d'après le mot grec « θυμός », le sentiment, l'affect. De « thymoses », nous parlerons surtout pour des accidents *aigus* et de « thymie » ou « dysthymie » pour la disposition et les états chroniques. Cette dénomination est très pratique parce qu'elle peut facilement être variée et spécifiée, selon le nombre varié des syndromes et localisations, de même que des émotions et conflits affectifs étiologiques. Ainsi l'on peut facilement parler de « cardiothymoses », « gastrothymoses », etc., ou « cardiothymies » et « gastrothymies », selon la localisation spéciale des dérangements et leur état aigu ou leur disposition ou état chronique. Nous comprendrions aisément aussi les expressions de « phobo-thymoses » et « phobo-thymies », ou leurs abréviations, souvent employées déjà en partie, de « phoboses » et « phobies », de même que les expressions de « traumato-thymoses » et « traumatoses », par suite d'un choc traumatique, et de « éroto-thymoses » et de « para-éroto-thymoses » pour les perversions, ou leurs abrégés « érotoses » et « para-érotoses », « auto-érotoses », « homo-érotoses », « paid-érotoses », etc., etc., selon le genre spécial des dérangements affectifs ou leur étiologie. Ces termes peuvent donc être variés à l'infini, d'une manière vraiment pratique, et je suis sûr que, une fois connus, tous les médecins finiront par s'en servir. J'ajouterai encore, pour en finir, deux expressions toutes spéciales pour des états et des dynamismes affectifs plus ou moins inconscients qui nous ont occupés l'autre jour, c'est-à-dire le refoulement et le refuge dans la maladie, pour laquelle Bleuler voudrait tout spécialement réserver le nom de hystérie. Selon ma terminologie, les états résultant de ces psychismes pourraient se nommer : « krypto-thymies » et « téléo-thymies » ou « krypto-téléo-thymies ».

Freud, Freudisme et Freudiens

Par M. Laignel-Lavastine (de Paris)

Je m'efforcerai d'être aussi objectif que possible dans la critique de ce grand courant d'opinion qu'est le Freudisme contemporain. Je donnerai successivement mon avis sur Freud et sa méthode, le Freudisme et son expansion, les Freudiens et lés Freudistes.

I. Freud et sa méthode. — Je considère Freud comme un grand médecin, gloire de l'Ecole viennoise, et qui a eu une idée très féconde en cherchant dans le subconscient l'origine des tendances qui dirigent les hommes, et particulièrement dans l'affectivité, plus ou moins dérivée de l'instinct génital, l'explication de nombreuses perturbations nerveuses et psychiques.

Cette idée-mère n'est pas absolument nouvelle. En France, où pendant longtemps les idées claires et distinctes à la Descartes ont trop régenté la psychologie officielle, le subconscient n'était pas négligé par les mystiques, de saint Bernard à Fénelon en passant par saint François de Sales (*Traité de l'amour de Dieu*) et mon maître, Pierre Janet, a codifié son importance dans l'*Automatisme psychologique*. Quant à l'amour et tous ses dérivés dans la gamme bémolisée des sentiments tendres, sociaux, esthétiques ou religieux, ce n'est pas dans la patrie de Mme Guyon et de Stendhal qu'on admettra qu'il n'était pas considéré comme un des maîtres du monde. Mais il ne faut rien exagérer : de même que le subconscient n'est pas tout dans le déterminisme des actions humaines, de même l'instinct génital passe en général après l'instinct de conservation (1) ; nous l'avons bien vu pendant la guerre. Bien mieux et inversement, dans la guerre de tous les jours pour l'existence, je pense avoir montré que c'est

(1) Laignel-Lavastine et J. Vinchon. — « A propos d'une obs. de psychoanalyse. » *Gaz. des Hôpitaux*, 24-26 août 1920, N° 73, p. 1157-1159.

l'instinct de conservation qui en arrive quelquefois, dans des villes comme Paris, à se camoufler en sentimentalisme amoureux pour aboutir à ses fins. *L'exhibitionisme sentimental* (1) ne dépend pas plus de l'instinct génital que l'érotomanie. D'ailleurs, Freud paraît englober dans sa *Libido* l'instinct de conservation ; si la Libido c'est le Désir, il est bien évident qu'elle devient la tendance primordiale de tout être, tout être, par cela seul qu'il est, désirant persévérer dans son être, pour me servir d'une formule de Spinoza légèrement modifiée. Mais cette primauté du désir dans la conduite, c'est une banalité.

Dans l'application de son idée-mère aux cas concrets de la clinique, Freud m'apparaît beaucoup plus psychologue que psychiatre. Il fait bien plus de la psychologie pathologique que de la psychiatrie. Or, sur les dangers de la psychologie pathologique au point de vue de la médecine pratique, je partage tout à fait les idées récemment exprimées par mon collègue et ami Henri Colin (2). La psychiatrie, c'est avant tout de la médecine ; en présence d'un psychopathe, il faut d'abord faire un diagnostic, c'est-à-dire s'élever du syndrome, perturbation d'une ou plusieurs fonctions psychiques, à l'affection, c'est-à-dire à la localisation morbide organique ou fonctionnelle, et enfin à la maladie causale, intoxication ou infection, acquise ou héréditaire (3). Faute de quoi, la description du cas reste en l'air ; et c'est ce qui arrive à beaucoup de psychologues et à Freud ; les observations sont multiples dans ses livres, mais recueillies sans critique sérieuse et, le plus souvent, le médecin aliéniste est incapable de mettre une étiquette diagnostique. On me répondra que ce n'est qu'un mot, *flatus vocis*. Néanmoins, il faut bien des mots pour s'entendre. Pour moi, un des défauts de l'œuvre de Freud est de manquer de références cliniques nettement déterminées au point de vue médical pratique.

Si les cas étudiés restent à mon avis trop psychologiques, par contre la méthode freudienne, la psycho-analyse, ou d'une façon contractée plus euphonique la *psychanalyse*, a

(1) Laignel-Lavastine. — « L'exhibitionisme sentimental et le besoin de direction ». Leçons de Laennec, 23 février 1921. *Progrès médical*, 9 juillet 1921, p. 326-329.

(2) Henri Colin. — Discours de Besançon. *Congrès des aliénistes et neurologistes*, août 1923. Masson, éditeur.

(3) Laignel-Lavastine. — « Le diagnostic en psychiatrie. Lec. de Ste-Anne, 23 novembre 1919 ». *La Presse méd.*, 3 juillet 1920, p. 441-443.

de très grands mérites, sur lesquels il me faut insister. Freud, dans sa psychanalyse, a donné des schémas commodes d'exploration du subconscient, qui permettent à chacun de se livrer assez vite avec succès à cette étude difficile et de recueillir des résultats comparables avec ceux des autres observateurs. Aussi l'analyse des rêves, ou onirocritie, la méthode des mots inducteurs, l'analyse des actes manqués de la vie quotidienne, et particulièrement des lapsus, fournissent-elles des moissons tous les jours plus abondantes ; il est vrai que le bon grain y est mêlé d'ivraie. Certaines onirocrities rappellent trop la *Clef des songes,* chère à nos arrière-grand'mères. D'ailleurs, Freud n'a fait que suivre la tradition pour l'interprétation des rêves, et j'ai retrouvé (1) dans de vieux auteurs la plupart des symboles freudiens.

Mais la psychanalyse, dira-t-on, c'est tout bonnement l'analyse psychologique avec coups de sonde dans le subconscient. Oui, mais l'analyse à la Française, plus souple, plus individualisée à chacun, est une perpétuelle improvisation, nécessitant de la part de l'observateur une grande culture médicale et des qualités, relativement rares, de directeur de conscience. Au contraire, la psychanalyse est organisée ; elle permet la fabrication en série avec tous ses avantages et comme une industrialisation de la direction de conscience ; et là, on peut voir une des raisons de son succès, à une époque où l'on sent d'une part l'importance de la vie spirituelle, trop souvent laissée en jachère par l'abandon des anciennes disciplines, et où l'on est séduit par tous les procédés de standardisation. Aussi l'application de la psychanalyse est-elle faite trop souvent sans sens critique et sans diagnostic psychiatrique. Certains travaux déterminent chez le lecteur plus que le sourire.

De plus, une extension abusive des idées de Freud sur la libido, la censure, le refoulement, les complexes, les transferts de l'affect, le symbolisme, etc., a abouti à une construction métaphysique, dont certaines parties, dans leur luxuriance monstrueuse, font penser à certains temples énormes d'Extrême-Orient.

II. Le Freudisme et son expansion. — Le Freudisme est

(1) Laignel-Lavastine et Jean Vinchon. — « Les symboles traditionnels et le Freudisme ». *1er Congr. d'hist. de la méd.*, 9 août 1920. Anvers. *Liber memorialis*, p. 161-166, et *Paris méd.*, 12 mars 1921, p. 2-8.

cette doctrine, qui, séparée de son auteur, à la manière d'une avalanche détachée du rocher, s'enrichit au cours de sa chute de tous les matériaux qu'elle rencontre. C'est pourquoi le Freudisme, dominé par le Pansexualisme, est une doctrine métaphysique, vivant aujourd'hui d'une vie propre, qui se propage comme une religion, qui se développe surtout grâce aux procédés de la logique affective et de la contagion mentale, et qui suit dans sa propagation à travers le monde les lois des courants d'opinion.

Or, une carte du monde montrant l'expansion du Freudisme, comme on marque l'expansion d'un empire, d'une religion ou d'une épidémie, met en évidence que les peuples anglo-saxons sont beaucoup plus atteints que les peuples d'origine latine. Peut-être la logique latine se méfie-t-elle des clairs de lune du subconscient, comme à la fin du XVIII[e] siècle l'esprit classique se méfiait du clair de lune romantique ; mais je vois dans l'exercice de la confession, encore répandu dans les parties pratiquantes des nations catholiques, une psychanalyse avant la lettre, une *purgation affective,* une thérapeutique du refoulement, laquelle sert depuis longtemps d'exutoire à beaucoup de manifestations de la libido, et rend moins pressant le besoin de se faire psychanalyser et diriger par les disciples de Freud, porteurs du nouvel Evangile.

III. Freudiens et Freudistes. — Parmi ces disciples, il faut d'ailleurs distinguer. J'appelle *Freudiens* les médecins consciencieux et avertis, plus ou moins disciples de Freud, et qui cherchent à appliquer en toute bonne foi les idées du maître ou des idées dérivées de sa conception première, pour le plus grand bien des malades et l'avancement de la médecine. Parmi les Freudiens, il peut y avoir des enthousiastes excessifs ; l'esprit critique peut manquer parfois ; mais la discussion courtoise est toujours possible et elle montre qu'une conversation rapproche non seulement les corps, mais aussi les âmes, et que les idées parlées sont beaucoup moins éloignées les unes des autres que les idées écrites.

Par contre, j'appelle *Freudistes* les sectateurs non médecins du Freudisme, philosophes, littérateurs, pasteurs, instituteurs, institutrices, bas-bleus, étudiants non médecins, infirmières, masseuses, vieilles filles en quête d'occupation, etc., qui ont été attirés par le Freudisme pour des motifs multiples, qui peuvent en tirer des effets heureux au point de vue littéraire, philosophique ou social, mais qui parfois

aussi s'en servent comme de véhicule à des idées érotiques, y cherchent un moyen facile de succès auprès des foules, ou en profitent pour faire de l'exercice illégal de la médecine, qui peut avoir les pires conséquences pour le malade et, par ricochet, pour le bon renom de la psychanalyse et de Freud lui-même. Je n'insiste pas. C'est, toutes proportions gardées, un peu la répétition des excès autour du baquet de Mesmer après la découverte de l'hypnotisme.

⁂

Ma *conclusion* sera triple.

Freud est un grand médecin, dont l'esprit et l'œuvre doivent être admirés mais non sans réserves.

La psychanalyse, méthode d'exploration du subconscient, permet comme une industrialisation de la direction de conscience. C'est pourquoi le Freudisme se développe surtout dans les pays sans confession. Le Freudisme, doctrine plus métaphysique que scientifique, a une expansion qui paraît davantage due à ses caractères affectifs (attrait du mystère, pansexualisme) et ses défauts (systématisation à outrance, exagération frisant l'absurde), qu'à ses qualités de méthode d'examen du subconscient. Les Freudiens, médecins compétents et de bonne foi, ne doivent pas être confondus avec les Freudistes, disciples dangereux du Freudisme, dont ils n'ont pris le plus souvent que les défauts. Parmi ces derniers les uns sont dangereux pour la société par les idées qu'ils émettent dans le grand public, les autres par l'exercice illégal de la médecine qu'ils pratiquent. D'une façon générale, plus un phare est élevé, plus sa lumière va loin, mais plus son ombre est grande. C'est pourquoi j'ai voulu dire ma pensée pure sur un homme et une œuvre, qui sont encore l'objet de discussions passionnées.

M. René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine). — Au cours de la très intéressante contribution que M. Laignel-Lavastine vient d'apporter à la critique de la psycho-analyse, il a émis l'opinion que le succès de la méthode psychoanalytique dans les pays anglo-saxons s'explique parce que ce sont des pays dans lesquels la pratique de la confession n'est pas habituelle. Je crois comme lui que la suppléance de la confession que représente la psychoanalyse peut être considérée comme une

des causes de ses succès. Mais si l'on veut expliquer uniquement ainsi la raison de la résistance opposée à la psychoanalyse par les pays latins, ne faudrait-il pas expliquer alors pourquoi les premiers succès de la méthode se sont produits dans la catholique Autriche ?

M. Repond, de Malevoz-Monthey (Suisse). — Exerçant dans une région habitée par des protestants, puis dans une autre exclusivement catholique, il a pu constater la fréquence beaucoup plus grande du rôle pathogène du refoulement dans les milieux protestants.

M. Graeter (de Bâle). — Comme le Dr Repond, moi aussi, je suis extrêmement reconnaissant à M. Laignel-Lavastine d'avoir si bien mis en lumière la différence entre la psychanalyse, comme méthode précieuse et nécessaire pour explorer le subconscient, d'une part, et le Freudisme outré de l'autre part, dont les psychanalystes suisses, en général se sont séparés. Dans notre dernière discussion, il y a eu à ce sujet différentes erreurs, dont je voudrais relever une. On reprochait à la psychanalyse de trouver partout de la sexualité. C'est un reproche que l'on peut (avec les restrictions déjà faites par le Dr Boven, sur lesquelles je ne reviens pas pour ne pas tomber dans des redites) bien faire à Freud, mais non, en général, aux psychanalystes suisses. Et puis il faut savoir, ce dont plusieurs confrères auxquels j'ai parlé ces jour-ci ne se rendaient pas compte, que Freud se sert d'un autre langage que le nôtre à propos de l'expression « sexuel » et « libido », ayant arbitrairement étendu l'idée de ces termes par le raisonnement suivant. L'enfant tétant en ressent un sentiment agréable, même une volupté peut-être. Cette sensation se produisant à une zone érotogène, les lèvres, est donc par cela même un sentiment sexuel et, ainsi, tous les désirs de bien-être, de bonheur, d'affection tendre, de joie et de volupté. Tous ces désirs, que Jung engloba sous l'expression de libido, Freud les nomme sexuels par extension de l'idée de ce terme. Vous voyez l'erreur. Les lèvres, peut-on vraiment, sans autre preuve, les nommer une zone érotogène. Je ne le crois pas. Car chaque partie du corps, même le petit doigt, en ce sens que par lui on a l'occasion de toucher la personne qu'on aime, peut devenir érotogène, et elle ne le

devient, comme il me semble, les lèvres comme le petit doigt, qu'à partir du moment où ces parties s'associent à un sentiment sexuel. Or je ne crois pas, ou je n'ai du moins pas de preuve, que pour les lèvres cette association se fasse déjà dans notre première année. J'ai plutôt l'idée que ladite volupté du bébé est une satisfaction de l'instinct de nutrition. Je trouve donc que cette extension arbitraire de l'idée d'un terme aussi répandu et bien qualifié que le mot sexuel n'est pas suffisamment justifiée, et nous voyons bien la confusion qu'elle a engendrée. Selon mon expérience et le langage ordinaire du mot, je suis entièrement d'accord avec mes confrères français que les conflits sexuels ne sont pas les seules causes des *thymoses* (c'est-à-dire maladies nerveuses) et qu'au contraire il y a beaucoup d'autres conflits et dérangements affectifs non sexuels, qui peuvent jouer un rôle étiologique sans qu'on y trouve de la sexualité. Mais les troubles érotiques sont les plus profonds, les plus cachés et les plus difficiles à retrouver, parce qu'ils ont causé les plus grands refoulements.

Le service de prophylaxie mentale de Sainte-Anne

Par M. Calmels (de Paris)

Messieurs, je ne veux pas aujourd'hui ouvrir à nouveau la discussion des services ouverts. — La question a été traitée longuement au Congrès du Luxembourg et à Quimper dans un rapport très documenté du Dr Courbon.

Depuis longtemps la question était à l'ordre du jour, et les pouvoirs publics ne pouvaient se désintéresser des vœux exprimés par tous les Congrès. La Ville de Paris et le Département de la Seine ont examiné particulièrement cette question. Le Dr Crouzon, tout à l'heure, vous a expliqué de quelle façon l'Assistance publique à Paris a mis en pratique l'examen et le traitement du Psychopathe.

Le Conseil général de la Seine a, sur l'initiative des médecins aliénistes, créé à Ste-Anne, sous la direction du Dr Toulouse, un service ouvert. A votre dernier congrès je vous ai exposé de quelle façon fonctionnait ce service, mais, trop récent, je n'ai pu vous donner les résultats obtenus.

Pendant la guerre, un service ouvert a fonctionné au Val-de-Grâce, dirigé par le Dr Briand. A l'heure actuelle, ce service continue et donne des résultats.

Ce que la modestie de M. Briand a oublié de nous signaler, c'est que l'organisation complète était de lui, et je félicite les médecins militaires d'avoir continué l'œuvre créée par notre ami le Dr Briand.

Vous me permettrez aujourd'hui de vous indiquer le fonctionnement, le but et les résultats du service de Ste-Anne.

Fonctionnement du Service de Prophylaxie mentale

Le service de Prophylaxie mentale comprend deux parties distinctes mais qui se pénètrent et se complètent mutuellement :

I. Le Dispensaire. Son organisation. — Il fonctionne depuis le mois de juin 1922, soit depuis plus d'un an.

Il reçoit chaque matin les malades venus consulter non seulement pour une affection mentale mais pour un trouble quelconque du système nerveux ou même d'un tout autre ordre.

En effet, il a été prévu une consultation de psychiatrie générale, servant à la fois d'organisme de traitement médical et de triage ; et une consultation de médecine générale.

A. *La consultation de psychiatrie.* — Voit tous les malades se présentant pour un trouble nerveux ou mental. Le médecin qui en est chargé donne les conseils nécessaires, prescrit le traitement approprié, rédige s'il en est besoin les certificats de placement dont nous parlerons plus loin.

Suivant les troubles qu'il constate, il peut être amené à adresser le malade à une consultation plus étroitement spécialisée, où le sujet est examiné à fond, traité et suivi par un médecin ne s'occupant que de cette catégorie de malades.

B. *Les consultations spéciales.* — Il a été ainsi créé au Dispensaire de prophylaxie mentale une consultation de :

Enfants arriérés et anormaux.

Dégénérés anti-sociaux.

Neurologie.

Epileptiques.

Psychothérapie.

Chirurgie générale.

D'autre part, étant donnée l'importance des examens spéciaux de médecine générale, d'oto-rhino-laryngologie et d'ophtalmologie dans les affections nerveuses et mentales, chacune de ces branches médicales est représentée par une consultation particulière : la médecine générale quatre fois par semaine, les deux autres une seule fois.

C. *Les laboratoires.* — La médecine actuelle ne pouvant pas plus se passer des examens biologiques et de laboratoire que de la clinique, ceux-là ont été au Dispensaire de Prophylaxie mentale aussi largement développés que celle-ci, et dans les locaux mêmes du service, et à portée immédiate par conséquent des malades, ont été installés :

Un laboratoire de chimie biologique.

— physiologie.

— sérologie et d'hématologie.

Un laboratoire de psychologie et d'orientation professionnelle.
— examens biologiques.
— électrologie.

D. *La distribution des médicaments.* — Certains consultants du dispensaire étant manifestement indigents et incapables de subvenir aux frais de leur traitement, une pharmacie distincte a été pareillement ouverte dans une partie de ses services et leur dispense gratuitement les médications prescrites par ses médecins.

E. *Le service social, les visites à domicile.* — Enfin, le dispensaire ayant été sollicité par des familles de s'occuper de malades dont l'état ou les réactions ne permettaient le déplacement ou la venue spontanée à la consultation, il a organisé un service d'assistance sociale et de visites à domicile.

II. L'HOSPITALISATION. — Les salles d'hospitalisation contiennent 110 lits, 46 pour les hommes et 64 pour les femmes.

Le service est installé dans deux pavillons séparés, où les malades sont répartis suivant leur sexe. Le personnel infirmier les soignant est exclusivement féminin.

Les formalités d'hospitalisation sont réduites au minimum. Une pièce d'identité, un certificat de domicile.

Le service d'hospitalisation est réservé aux malades de Paris et du département de la Seine. Les frais de séjour s'élèvent à 16 fr. 80 par jour ; ils incombent aux malades ou à leur famille, sauf dans le cas d'indigence où la commune intervient.

Pensionnaires payants. — 15 lits sont réservés à des malades étrangers au département qui s'engagent à supporter personnellement le prix de la journée, qui est de 25 fr. Ces malades doivent seulement produire une pièce d'identité.

III. LES BUTS POURSUIVIS. — Ce sont : la thérapeutique, et surtout, comme l'indique le nom même du service, la Prophylaxie mentale. Les indications médicales varient forcément suivant chaque cas, sa gravité propre ou les réactions qu'il entraîne.

IV. LES RÉSULTATS. — Ils sont impressionnants de rapidité et d'importance. Du 15 juin 1922 au 30 juin 1923, le Dispensaire de prophylaxie mentale a donné 5.227 consultations de psychiatrie à 2.872 consultants, 1.216 consultations de

médecine générale, 665 consultations spécialisées. Enfin, il a fait procéder à 532 internements dont 128 d'office.

Le service libre d'hospitalisation a reçu 702 malades durant le même temps, représentant 38.629 journées de traitement soit une moyenne de 55 jours par sujet.

Au point de vue médical, il constitue un service moderne, complet et bien outillé, le seul possédant actuellement pour la cure d'un même malade toutes les compétences générales ou spéciales possibles et tous les procédés de recherches biologiques avec une unité de vue telle que chacun disparaît individuellement devant l'idée commune, la mise en action de tous les éléments cliniques, scientifiques et thérapeutiques pour la guérison d'un seul et pour la préservation de la collectivité.

Au point de vue social, en effet, l'Œuvre apparaît comme un organe d'assainissement mental de la Société. Comme nous l'avons vu, elle fournit à qui le demande les conseils de thérapeutique et d'hygiène dont il a besoin, elle dispense gratuitement à qui ne peut en supporter les frais les médications prescrites ; elle reçoit tous ceux pour lesquels est reconnue l'utilité d'une hospitalisation ; elle facilite aux familles les formalités du placement à l'asile, enfin, par le mécanisme du placement d'office pratiqué sur l'heure grâce à la demande de réquisitoire formulée par le médecin du dispensaire, elle protège la société et le malade lui-même contre les réactions dangereuses que peut faire naître un état d'aliénation mentale. Elle accomplit ainsi le rôle de prophylaxie mentale, individuelle et collective qu'elle s'est assigné.

M. Maere (de Gand). — Il y a actuellement en Belgique un mouvement très intense en faveur de la libre entrée et de la libre sortie des aliénés dans les maisons de santé. On les considère comme des malades du cerveau à l'égal des autres malades ordinaires atteints d'affection générale qui entrent dans les hôpitaux. La tare qui poursuit le malade libéré pendant toute sa vie est une raison suffisante. Mais la principale raison est le retard apporté par l'internement : on laisse passer la période de curabilité et le psychiatre se trouve trop souvent dans ces conditions, désarmé ; il est trop tard.

S'il s'agit d'un aliéné qui doit être maintenu à l'asile contre

l'avis de la famille ou de l'interné lui-même, il suffit d'un délégué du comité psychiatrique ou d'un psychiatre de la région où est interné le malade pour maintenir le malade à l'asile. En cas de contestation, le Président du Tribunal désigne deux experts. Toutes ces mesures sont courantes en Allemagne, il suffit d'un certificat médical d'identité et du certificat médical pour l'entrée à l'Asile. Ajoutons que quantité d'affections psychopathiques évoluent plus ou moins rapidement, affections infectieuses, certains troubles neurasthéniques, psychasthéniques, syphilis cérébrales, etc. ; ces malades tout en devant être internés un certain temps ne légitiment ni la tare qui poursuit, ni la multiplicité des formalités actuellement exigées.

Considérations sur les obsessions-impulsions inémotives

Par MM. Raviart, Vullien et Nayrac

(De la Clinique psychiatrique de Lille)

On considère généralement aujourd'hui comme de règle en clinique psychiatrique, que l'obsession et l'impulsion s'accompagnent — d'aucuns disent même : sont le résultat — d'un certain état émotif. C'est au point que l'absence de ce dernier semble devoir éloigner l'esprit du diagnostic d'état obsessif ou impulsif. Tout récemment, à la Société Médico-Psychologique, Arnaud faisait remarquer, à ce propos, que c'était là une conception trop absolue, et il ajoutait : « Quant à la question de savoir si l'obsession est conditionnée par l'émotivité, je sais bien que, d'après l'autorité de Morel, de Magnan, de Dupré, c'est l'opinion du plus grand nombre. Je ne puis cependant pas y adhérer ».

Aussi, nous a-t-il semblé intéressant d'apporter ici deux exemples typiques d'obsessions-impulsions débarrassées de leur accompagnement émotif.

1° Louis C..., 30 ans, entré à la Clinique psychiatrique en avril 1923.

Un de ses frères est un débile mental profond, presque un imbécile. Lui-même porte des stigmates physiques de dégénérescence. Il a toujours été « un peu drôle ». C'est un débile mental léger.

Le tableau clinique qu'il présente actuellement est complexe. Il se compose d'abord d'un léger état d'excitation intellectuelle et verbale, avec troubles de l'attention et fuite des idées. Ensuite, de quelques éléments dépressifs, surtout préoccupations hypochondriaques et idées d'humilité. Enfin, et surtout, d'obsessions et d'impulsions extrêmement nombreuses.

Louis s'astreint, quand il parle, à prononcer deux fois chaque membre de phrase : d'abord à voix basse, puis à haute voix. Cela donne à son débit un caractère entrecoupé qui rend à peu près impossible une conversation suivie. Après de patientes questions,

il a fini par nous avouer qu'il agissait ainsi « parce qu'en disant, on peut se tromper ». Il y a eu là un élément scrupuleux : la répétition est maintenant purement formelle et n'implique pas d'élément affectif important.

D'autres impulsions compliquent encore la scène. Louis répète trois, dix, vingt fois de suite certaines expressions comme « du pain blanc fraîche ». Ainsi, ses propos ont un caractère pseudo-démentiel : « bonjour... BONJOUR... monsieur... MONSIEUR... le docteur médecin... LE DOCTEUR MEDECIN... ça va... ÇA VA... un peu... UN PEU... du pain blanc fraîche... DU PAIN BLANC FRAICHE... DU PAIN BLANC FRAICHE... DU PAIN BLANC FRAICHE. »

Tiraillé par tous ces facteurs morbides, Louis montre une mimique absolument discordante, inaffective. Il présente à un degré avancé la lenteur motrice des abouliques. Son indifférence est tellement prononcée qu'on pourrait penser, dans un examen superficiel, à un délire psycho-moteur à personnalité très dissociée. Il n'en est rien, et on peut se rendre compte qu'il s'agit d'un grand obsédé impulsif, complètement inémotif maintenant.

2° Pauline H..., 53 ans, entrée à la Clinique psychiatrique en octobre 1918.

Son père était toujours « sombre ». Pour elle, elle a toujours été une obsédée : pendant des années, aux environs de 25 ans, elle était irrésistiblement portée à écrire partout le nom d'un jeune homme qu'elle avait connu.

En 1918, elle a fait un petit accès de confusion onirique, à la suite duquel elle présenta un état dépressif avec craintes de culpabilité à propos du divorce de sa sœur. Vivement affectée à ce moment-là, elle se mettait souvent à genoux, en suppliant.

Pauline se présente aujourd'hui comme une hypomaniaque habituelle, avec de très courts instants de dépression. Elle a des impulsions qui la portent à se jeter à genoux, à pousser de fréquents soupirs, à demander à ceux qu'elle rencontre « une petite parole » ou « un petit pardon ». C'est le reliquat de l'épisode mélancolique. Ces obsessions-impulsions, primitivement accompagnées d'un état affectif intense, sont tout à fait inémotives maintenant. Pauline les considère froidement, scientifiquement presque, en disant souriante : « Ca s'en va comme ça, librement. C'est drôle, hein ? Quelle drôle de malade je fais. »

Depuis quelque temps, un nouvel état obsessif est apparu : quand Pauline a quelque chose de tant soit peu important à dire, si c'est à un médecin surtout, elle n'y parvient jamais au premier essai. Il semble que quelque chose l'en empêche. Elle y arrive ensuite, mais n'en est pas contente, disant: « La seconde fois, ça ne compte pas ; c'est la première fois qu'il fallait le dire. » Elle

combine ainsi une obsession inhibitrice à une obsession scrupuleuse. Ce qui est intéressant, c'est que ce nouvel état obsessif s'accompagne d'un petit élément émotif, alors que l'ancien reste totalement indifférent.

En somme il s'agit de dégénérés, présentant un tableau complexe créé par la combinaison de deux grands syndromes dégénératifs : la psychose maniaque dépressive et l'état obsessif. Dans les deux cas, nous voyons des obsessions ne s'accompagner d'aucune manifestation émotive.

Est-ce à dire que nos observations tendent à infirmer l'hypothèse d'une origine émotive de l'obsession ? Nous ne le croyons pas. En effet, il importe de distinguer dans les obsédés inémotifs deux catégories :

1° D'abord celle des obsédés *primitivement inémotifs, secondairement émotifs ;* ceux-là mêmes auxquels Arnaud faisait allusion à la Société Médico-Psychologique. Chez eux, l'origine émotive de l'état morbide paraît difficile à invoquer.

2° Ensuite, les obsédés *primitivement émotifs, secondairement inémotifs ;* c'est à cette catégorie qu'appartiennent nos malades : Louis a puisé, pendant la guerre, une de ses obsessions-impulsions dans la crainte de ne plus avoir « du pain blanc fraîche ». Pauline a commencé à réclamer sa « petite parole » son « petit pardon » à l'occasion de ruminations scrupuleuses avec craintes de culpabilité au sujet du divorce de sa sœur. Dans ces deux cas, la disparition de l'émotivité est un phénomène secondaire.

Aussi, l'hypothèse d'une origine émotive de l'état obsessif n'est-elle pas ici à révoquer sans appel. Ce que nous pouvons dire, c'est que la disparition de l'élément émotif de l'obsession ne permet guère d'en chercher l'origine dans la « constitution émotive ». Les états constitutionnels suivent le sujet à travers toute sa vie mentale, et il ne semble pas concevable que la constitution émotive soit à invoquer pour expliquer la genèse de l'obsession chez des sujets actuellement inémotifs.

Quoi qu'il en soit, il nous reste à nous demander par quel mécanisme psychologique les obsessions de nos malades ont pû se débarrasser de leur élément émotif. Trois hypothèses peuvent être envisagées.

1° *La chronicité.* Nous savons combien, en matière de psy-

chose, c'est un facteur important de cristallisation psychologique. Nous pensons que peu à peu les obsessions se réduisent ainsi au rang de simples habitudes intellectuelles et les impulsions au rang de simples habitudes motrices. Si les termes ne juraient pas ensemble, on pourrait parler d'une habitude obsessivo-impulsive.

2° *La dislocation schizophrénique de la personnalité.* Nos deux malades sont, dans une certaine mesure, des dissociés : Louis ne réclame pas sa sortie, se désintéresse de sa famille. Pauline présente souvent une mimique discordante. Il semble que la perturbation apportée pendant de longues années par le complexe obsessif dans l'affectivité ait entraîné une désintégration de celle-ci.

3° *L'association à l'état obsessif d'une excitation hypomaniaque.* Par la disparition du pouvoir frénateur des sujets, la lutte pénible du malade contre son obsession ou son impulsion est supprimée. Or, l'état émotif apparaît surtout au moment de cette lutte. C'est au contraire un certain soulagement qui suit la réalisation de l'impulsion. La lutte disparaissant, il est assez logique que l'émotion disparaisse aussi.

D'ailleurs, nous pensons qu'il faut considérer ces trois facteurs comme agissant simultanément. La sommation des symptômes dégénératifs, leur passage à la chronicité, sont particulièrement favorables au développement de ces « psychopathies-habitudes » véritables états terminaux à personnalité dissociée. L'obsession chronique inémotive serait à la grande obsession anxieuse un peu ce que la démence vésanique est à la phase constructive du délire d'interprétation.

M. Legrain (de Paris). — Pense que M. Raviart n'interprète pas tout à fait exactement ses propres observations. Ne prend-il pas soin de signaler lui-même en différents points des signes d'émotivité morbides chez ses malades. Ce sont donc des émotifs quand même, mais des émotifs qui ne manifestent point leur émotion à l'occasion de l'obsession qui les travaille.

A cela quoi d'étonnant ? Certes les cas de M. R. sont fort pittoresques, mais réalisent-ils quelque chose d'inconnu ou de peu connu. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a signalé le syndrome impulsion ou obsession du type le plus pur sans le voir accompagné d'un phénomène émotif.

C'est qu'il est exagéré de dire que la base formelle et nécessaire de l'obsession c'est l'angoisse. A coup sûr le plus souvent c'est ainsi, mais ne serait-ce que l'exemple des tics qui occupent une large place dans la fameuse liste des obsessions, des syndromes épisodiques de Magnan, ne serait-ce que cet exemple, on y voit très nettement l'absence de l'émotion.

En vérité, ce qui est fondamental dans l'histoire classique de l'obsession, c'est bien plutôt cette sorte de dédoublement, de dislocation mentale du sujet qui le fait assister *à l'automatisme* de la moitié de son être. C'est l'automatisme qui définit l'obsession. Il va de soi que tout aussitôt, apparaît, dans la pluralité des cas et selon le contenu de l'obsession, un phénomène d'émotion corrélative, mais le phénomène est secondaire. Quand l'obsession est satisfaite, il est classique d'observer un soulagement de l'émotion. C'est donc qu'elle était subordonnée en fait à l'obsession elle-même.

En vérité, il faut reconnaître que malgré tout, et M. Raviart le signale lui-même dans ses observations, il y a un fond d'émotivité chez tous ses sujets. Il advient seulement que sur le terrain dégénéré toutes les discordances sont possibles, y compris celle qui sépare l'obsession de l'émotion.

L'orateur croit que cette discordance observée très souvent chez de jeunes dégénérés candidats à la D. P. est précisément un signe possible de D. P. Le dément en herbe ne perd pas seulement l'affectivité à l'égard d'autrui, il peut lui advenir de ne plus être ému par lui-même. Et puisque M. Raviart a prononcé le mot de schizophrénie dans ses deux observations, serait-il risqué de parler de démence précoce ? L'évolution nous le dira.

M. Arnaud (de Paris). — L'intéressante communication de MM. Raviart et Nayrac vient à l'appui, je suis heureux de le constater, des idées que j'ai soutenues à plusieurs reprises et récemment encore, à la Société Médico-Psychologique, sur les rapports de l'obsession et de l'émotivité. En fait, les obsédés sont très souvent des émotifs. S'en suit-il que l'émotivité soit la condition de l'obsession ? Je ne le crois pas, et cela pour plusieurs raisons. Il est, en effet, d'observation courante d'entendre les obsédés se plaindre de leur insensibilité, dire

qu'ils n'aiment personne, que rien ne les intéresse, etc. Beaucoup d'entre eux réagissent sans aucune exagération émotive ; les constatations expérimentales, déjà anciennes, de Vaschide et Marchand, l'ont démontré nettement. Le plus souvent l'émotivité de ces sujets est *secondaire,* consécutive à la tendance obsédante. L'obsession intellectuelle, celle qui attire plus particulièrement l'attention de l'observateur est un symptôme qui précise et perfectionne en quelque sorte un état bien antérieur et plus profond, un état psychasthénique principalement constitué par l'aboulie, l'hésitation et l'insuffisance psycho-motrice. Comme le dit P. Janet, le malade a perdu plus ou moins *la fonction du réel ;* dans le domaine de l'action, il est maladroit, il n'aboutit qu'à des résultats incomplets c'est un *rateur.* Il en a conscience il y pense sans cesse, il en souffre, il se défie de lui-même, et ses expériences fâcheuses et humiliantes engendrent une émotivité secondaire, qui accompagne les manifestations obsédantes. Il est, d'ailleurs, fort possible que certains obsédés soient primitivement des émotifs, mais, d'une manière générale, je ne crois pas que l'émotivité soit la condition nécessaire de l'obsession.

Quant à l'évolution des états obsédants, il est établi maintenant, à la suite de travaux auxquels j'ai contribué pour une part, que ces états peuvent aboutir, contrairement à ce que l'on avait admis, à de véritables délires, de formules très diverses, et qu'ils peuvent même se terminer par une démence précoce caractérisée. Kraepelin et Christian en avaient rapporté des exemples, M. Janet en a mentionné aussi et j'en ai observé d'assez nombreux cas.

M. Legrain (de Paris). — Désire fournir quelques précisions historiques. L'observation de M. Arnaud peut s'expliquer par ce fait que les auteurs, aux époques successives de l'histoires des obsessions, n'ont pas toujours décrit exactement les mêmes syndromes.

Morel, à l'époque de son délire émotif, qui incarnait surtout ce qu'il croyait être une névrose du système ganglionnaire viscéral, fut accaparé tout naturellement par le phénomène émotif, et le type de sa description clinique ne fut-il pas justement la folie du doute. Les tics sans émotion, il les a placés ailleurs.

Quant à Magnan et au Dr Legrain lui-même, son modeste collaborateur, notamment dans le volume qui a paru sous le titre *Les Dégénérés* (collect. Charcot-Debove), ils ont, tout en conservant la schématisation de l'obsession avec son cortège d'émotivité, souligné très nettement que l'obsédé était un automate, une sorte de dédoublé. En insistant sur le phénomène cardinal de la conscience lucide, ils entendent en faire la cause déterminante logique de la réaction émotive.

Mais ce terrain clinique était déjà différent de celui de Morel.

Quant à la constitution émotive de Dupré, elle n'est point niable, même dans les cas de M. Raviart, mais, encore une fois, elle peut fort bien coexister avec une discordance où l'on voit s'affaiblir ou disparaître le phénomène émotif qui pourra se réveiller à propos d'autres manifestations psychiques.

M. Gommès (de Paris). — Fait remarquer que les obsessions uniquement intellectuelles sont décrites depuis longtemps, en particulier pour ce qui concerne la folie du doute (Gröbelsucht) ; car il a lui-même observé, autrefois, quelques douteurs dont la direction des idées portait sur quelque chose de banal, sans rien de pénible (au contraire, il est vrai, de la grande majorité d'entre les douteurs).

M. Aug. Wimmer (de Copenhague). — Prend la défense des idées de Morel, de Magnan et de Dupré. A son avis, l'obsession est bien un délire émotif ; la dissociation intra-psychique n'est qu'un phénomène ajouté.

M. Nayrac (de Lille). — Fait remarquer qu'il n'a nullement mis en doute l'origine émotive de l'obsession ; tout au plus a-t-il douté qu'elle prenne son origine dans une « constitution émotive ».

Observations sur le fonctionnement d'un service d'observation et de triage neuro-psychiatrique à la Salpêtrière

Par M. Crouzon
Médecin de la Salpêtrière (Paris)

La question de l'assistance aux psychopathes, qui a été mise à l'ordre du jour du dernier Congrès des Aliénistes et des Neurologistes de langue française, nous a amené à exposer ici les résultats observés dans un service d'isolement, d'observation et de triage neuro-psychatrique dont nous avons la direction à la Salpêtrière, grâce à la bienveillance de nos collègues, M. le Professeur Pierre Marie et M. Souques.

Ce service a été organisé conformément aux vœux exprimés par la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, avant la guerre, et depuis la guerre, sur la proposition de commissions composées d'abord de MM. Dupré, Claude et Crouzon, puis de MM. Sicard, Laignel-Lavastine et Crouzon.

Il s'agit là de services hospitaliers destinés à recevoir :

1° les malades agités, délirants fébriles, délirants alcooliques, psychoses préfébriles (comme le demandait Régis, etc.) ;

2° des malades en instance d'internement ;

3° une série de malades déprimés, obsédés, anxieux, toxicomanes, pour lesquels un séjour de peu de durée peut amener une amélioration et éviter l'internement dans l'asile.

Un service de ce genre existe, depuis de longues années, à l'Hôtel-Dieu et a été dirigé successivement par le Professeur Ballet, par le Professeur Brissaud, puis par le Professeur Chantemesse, puis par le Professeur Roger.

Un autre service de ce genre a été construit, lors de l'édification de la Nouvelle Pitié, et mis au roulement des Chefs de Service, mais il comprend un nombre de lits très restreint.

Enfin, divers services sont en voie d'organisation ou de fonctionnement à Laënnec, à Lariboisière, à Tenon, à Saint-Antoine.

Jusqu'à présent, la Salpêtrière n'avait aucune organisation de ce genre ; en dehors des services de neurologie, dans lesquels sont hospitalisés presque uniquement des malades nerveux organiques et en dehors des services d'aliénés, il n'existait aucun isolement susceptible de recueillir toute une catégorie intermédiaire de malades. Dans les locaux actuellement inutilisés à la Salpêtrière, nous avons pu organiser un service d'isolement neuro-psychiatrique, dont le fonctionnement date actuellement de 6 mois et qui a marché d'une façon très satisfaisante, grâce à la collaboration régulière et aux consultations données par notre voisin M. le Docteur Vurpas, et, d'autre part, grâce à l'activité de nos internes : MM. Laurent et Valence.

Nous n'avons pas ici à rouvrir la discussion soulevée par le rapport de M. Courbon, l'an dernier, et nous nous contenterons, ainsi que l'a fait M. Porot, dans le n° de « *L'Informateur des aliénistes* » de mai 1923, de verser aux débats le fonctionnement de notre service.

Le régime de ce service est le régime hospitalier normal. Les malades sont recrutés, soit par transfert des services de neurologie voisins, et aussi par envoi du service voisin de chirurgie (Professeur Gosset), soit par la consultation externe

Les malades sont hospitalisés dans trois salles communes, dans deux chambres séparées et dans sept chalets d'isolement. Une catégorie de malades spéciale à la Salpêtrière s'ajoute aux trois catégories que nous avons décrites plus haut : c'est la catégorie des malades grands déments de la Salpêtrière, dont le maintien dans les divisions est impossible.

Les malades entrent dans le service des Chalets pour être traités, et après la période d'hospitalisation, ils sont renvoyés dans leur division, s'il s'agit de malades de la Salpêtrière ; s'il s'agit de malades des services voisins, ils rentrent à leur domicile, s'ils sont guéris, ou bien ils sont envoyés à l'Asile Sainte-Anne, soit qu'ils soient susceptibles d'un internement, soit que leur état mental, tout en n'exigeant pas l'internement, nécessite un traitement de longue durée, auquel cas nous les envoyons aux services ouverts de l'Asile Clinique.

Voici les résultats du fonctionnement de ce service :

Dans les 6 mois, nous avons pu hospitaliser 161 malades : 56 hommes et 105 femmes. Dans ce groupe, nous avons fait

entrer 64 malades pour petits syndromes mentaux : 54 femmes et 11 hommes, qui sont sortis tous par guérison et envoi à leur domicile. Nous avons eu 8 malades venant des services de la Salpêtrière, toutes femmes : 4 venant des divisions, 4 venant des services voisins de la Salpêtrière. Nous avons eu 46 malades atteints de grands troubles mentaux. Sur ce nombre, 22 ont pu être gardés jusqu'à guérison ou rendus à leurs familles : 12 hommes et 4 femmes ; 24, après révision, ont dû être envoyés à Sainte-Anne : 13 femmes et 11 hommes. Sur ces grands mentaux, 15 d'entre eux étaient des paralytiques généraux, sur lesquels 6 hommes ont été rendus, à la demande des familles, et ont pu continuer à être suivis en traitement externe, et 9 malades : 7 hommes et 2 femmes ont été envoyés à Sainte-Anne.

28 malades relevaient de troubles nerveux, fonctionnels ou organiques, plutôt que de troubles mentaux, sur lesquels 15 hommes et 13 femmes.

15 malades, enfin, ont été hospitalisés pour ponction lombaire : 6 hommes et 9 femmes, et étaient atteints de troubles divers, neurologiques ou mentaux, mais l'hospitalisation n'était nécessité que pour la ponction lombaire.

Pour préciser la nature même des maladies des malades soignés dans chaque catégorie, nous mentionnerons qu'il y a eu 26 dépressions simples, 20 dépressions mélancoliques, 15 paralysies générales, 10 confusions mentales, 8 accidents pithiatiques, 7 accidents névropathiques, 7 tabétiques avec troubles psychiques, 6 séquelles d'encéphalite, 6 agitations maniaques, 6 délires variés avec hallucinations, 6 épileptiques, 5 psychoses hallucinatoires, 4 accidents éthyliques, 3 chorées chroniques, 3 associations de tabès et de paralysie générale, 2 démences précoces, 2 démences séniles simples. 22 malades, atteints de troubles neurologiques divers, fonctionnels ou organiques, présentant peu ou pas de troubles psychiques surajoutés, quelques-uns nous étant envoyés plutôt pour l'intérêt scientifique que nous pouvions leur porter et étant acceptés dans le service pour lui enlever une allure exclusivement psychique, quelques-uns entrant pour ponction lombaire : maladie des tics, paraplégies diverses, commotion cérébrale aphasique, maladie de Reynaud, hérédo-ataxie cérébelleuse, goître exophtalmique, etc.

La durée du séjour de ces malades a été, en général, courte. La grande majorité des malades est restée moins d'un mois

(98). 50 sont restés plus d'un mois et moins de 3 mois. 13 seulement sont restés plus de trois mois.

Le mouvement des malades a été assez régulier. En décembre 1922, où le service n'a fonctionné qu'une dizaine de jours, il y a eu 7 entrées ; en janvier, 30 entrées ; en février, 27 entrées ; en mars, 25 entrées ; en avril, 26 entrées ; en mai, 23 ; en juin, 30.

Enfin, le mouvement du service des hommes a été beaucoup plus considérable que celui des femmes : pour 7 lits d'hommes, le nombre d'hospitalisés a été de 56 en six mois, alors que celui pour un chiffre de lits quadruple environ, le service des femmes n'a hospitalisé que 105 femmes, c'est-à-dire le double seulement de chiffres d'hommes, et cela quoique la clientèle féminine soit plus considérable à la Salpêtrière. Cela provient de ce fait que les femmes entrées pour petits syndromes mentaux, ont en général eu un séjour plus long à l'hôpital.

Conclusions

Ce service a donc une activité relativement grande. Il a pu être très utile aux malades de la Salpêtrière, en évitant le contact avec les malades agités. Il a pu permettre le traitement de 64 petits syndromes mentaux. Enfin, il a même pu éviter l'internement à 16 malades mentaux, atteints de syndromes graves, en particulier de délire toxi-infectieux. Il a permis, enfin une observation plus détaillée chez 46 malades grands mentaux, dont 24 ont dû être envoyés à Ste-Anne.

Ces chiffres suffisent à montrer l'utilité qu'il y a à avoir des services d'isolement et de triage de ce genre, dans les hôpitaux, à côté des services ouverts pour psychopathes, dont l'utilité dans les asiles est aujourd'hui démontrée. En effet, le mouvement même de ce service démontre bien qu'il s'agit là d'un triage hospitalier plutôt que d'un traitement prolongé dans la plupart des cas, et c'est ce qui nous paraît différencier ces services d'isolement hospitalier, des services ouverts pour psychopathes ou des services de prophylaxie et d'hygiène mentale.

M. Marcel Briand (de Paris). — Notre collègue Crouzon vient de nous parler des services de neuro-psychiatrie ouverts dans tous les hôpitaux de Paris. Je profite de cette circonstance

pour rendre hommage à l'esprit de recherche de nos collègues militaires, en signalant qu'à l'hôpital d'Instruction militaire du Val-de-Grâce il existe un service de neuro-pyschiatrie où sont hospitalisés des psychopathes, des psycho-névropathes et des sujets ne présentant que des affections nerveuses et qui porte aujourd'hui une étiquette adéquate à leur objet.

M. Fouque (de Pierrefeu). — L'entrée dans un asile d'un délirant passager, d'un délirant par toxi-infection par exemple, vu les préjugés actuels, crée ensuite pour lui et sa famille une tare sociale qu'il faut éviter.

A la suite des communications de MM. Crouzon et Calmels, M. Fouque, de Pierrefeu, demande au congrès d'émettre le vœu suivant : que les initiatives prises à Paris pour empêcher les internements évitables dans les asiles soient suivies en province.

M. Brissot (de Rouffach). — fait remarquer combien intéressante est la communication de M. Crouzon, car, sur les 170 malades qui sont passés par le service de la Salpêtrière, une vingtaine seulement ont été l'objet d'une mesure d'internement. La tare de l'admission dans un asile d'aliénés a donc été évitée au plus grand nombre de ces malades.

Délire d'interprétation, ou psychose hallucinatoire à évolution rémittente chronique, ou délire des dégénérés

Par MM. les Docteurs

M. Brissot — *Médecin-Directeur*
et
H. Juranscheck — *Médecin-Assistant*

de l'Asile de Rouffach (Haut-Rhin)

N..., André, entre à l'Asile de Rouffach le 29 janvier 1922.

1. Antécédents personnels.

38 ans ; fluxion de poitrine à deux ans, affection pulmonaire sans gravité à l'âge de 16 ans. Pas d'autres maladies physiques.

Doit avoir été un bon élève; a passé son baccalauréat et sa licence en droit avec grande facilité ; aimait beaucoup les mathématiques ; a préparé Polytechnique.

2. Antécédents héréditaires.

Rien à signaler *du côté paternel.*

Mère : toujours nerveuse ; avait des obsessions. Ces derniers temps, elle a même été atteinte d'une façon sérieuse au point de vue mental. Est anxieuse, se fait des reproches de ne pas assez s'occuper de son fils.

Sœur : également nerveuse ; penchant pour le mysticisme.

Frère : tombé sur le champ de bataille ; était bien portant.

Tante : du côté maternel, morte de tuberculose à 39 ans ; atteinte de psychose hallucinatoire.

Grand-père : alcoolique.

Arrière-grand-père : dément à la fin de sa vie.

3. Histoire de la maladie

N..., André, avait toujours un caractère sombre, timide, refusait même d'aller dans les réunions de famille les plus intimes. Quoique travailleur, il n'avait pas l'esprit pratique. Se préoccupait beaucoup de sa santé.

En 1911: après un surmenage, idées mystiques ; voulait vivre seul d'une façon ascétique. Ensuite, période de mutisme jusqu'en *1915 ;* mobilisé dans l'auxiliaire, a bien fait son service comme sous-officier d'habillement jusqu'à l'armistice.

1918-19 : pendant cinq mois inactif et à la charge de sa mère.

Enfin en *1919 :* clerc de notaire ; tient l'étude avec beaucoup de sérieux. Des idées de persécution deviennent toujours plus accentuées ; il interrompt son travail pendant des périodes de huit, quinze jours, même de trois mois.

Arrive à l'asile avec un *certificat médical* qui mentionne des idées délirantes de persécution basées sur des interprétations (se croit persécuté par un inconnu qui agit toutes les nuits sur lui par l'intermédiaire d'un médium).

Certificat de vingt-quatre heures. — « N... est atteint de dégé-« nérescence mentale avec idées de persécution systématiques « basées principalement sur des interprétations d'une richesse « extraordinaire. Accuse les habitants de F... et la femme d'un « notaire de le calomnier et de le poursuivre. Hallucinations élé-« mentaires de l'ouïe et de la sensibilité générale, ces troubles « sensoriels devant être considérés seulement comme secondai-« res. Influence médiumnique provoquant ces hallucinations. Ne « se rend pas compte du caractère pathologique de ces derniè-« res. Malade calme, sans réactions agressives. »

4. Examen a l'entrée.

Malade non affaibli au point de vue intellectuel : très intelligent ; s'analyse finement et exprime avec détail toutes les particularité de son délire.

Instabilité de l'existence ; N... n'a jamais pu se fixer dans aucun métier. Bachelier, candidat à l'école polytechnique ; notariat ; assurances.

Délire : Début en *1911 ;* était clerc de notaire. « C'est comme une filière qui l'a toujours suivi. » Habitant F..., il suspectait quelques personnes de cette localité de le calomnier ; il voyait autour de lui des faces blafardes, des visages pâles, parce que tous ces gens le croyaient malade, fou, et que tous d'abord en concevaient de la pitié. Cette pitié s'est changée peu à peu en médisance ; on l'a accusé d'avoir une maîtresse, alors que jamais il n'a vu de femmes. Il entre comme clerc, après l'armistice, chez un notaire dont la femme, originaire de F... et informée par les gens de ce pays, continue, prétend-t-il, à le calomnier. Richesse d'interprétations très grande. Quand l'enfant du notaire imite à table le chant du coq, il y trouve une allusion à lui-même. Les persécutions se précisent ; dès qu'il s'endort un craquement — toujours le même — se fait entendre dans un meuble et le

réveille. Il sent des démangeaisons sur les jambes et son front devient froid. Il a des sensations bizarres et perçoit des bruits étranges. Il accuse alors un *médium* de l'influencer et de le persécuter directement. Ce médium est une dame voisine du notaire, qui synthétise à ses yeux toutes les persécutions dont il est l'objet. Aurait présenté à cette époque le phénomène de « l'écho de la pensée ». Pas d'hallucinations motrices verbales ; cependant, il ne peut parfois s'empêcher de soliloquer à haute voix.

Aurait écrit deux lettres au Procureur de la République de son département le 15 octobre 1921, pour dénoncer l'influence médiumnique attribuée à la voisine du notaire. N... croit que l'enquête qui a suivi n'a servi à rien, parce que « tous ces gens s'étaient donné le mot ». La voisine en question a 60 0/0 de chances d'être la coupable, car, lorsqu'elle passait devant lui, « elle avait une physionomie *toujours* en rapport avec ce qu'il pensait ». Quand il songeait, par exemple, à quelque chose de banal, cette dame avait une physionomie « moqueuse ».

Affectivité conservée. Fonds dégénératif.

Examen physique : Stigmates somatiques de dégénérescence mentale à la face (voûte palatine ogivale). Facies congestionné. Aucun autre trouble. Pas d'éthylisme chronique.

Réactions pupillaires normales.

Réflexes rotuliens un peu vifs.

Constitution physique bonne, assez forte corpulence.

Diagnostic : psychose systématisée chronique. (Délire de persécution *interprétatif.*)

5. Evolution de la maladie.

Certificat de quinzaine. — « N... se trouve dans le même état « mental qu'au moment de son entrée. Toujours très délirant : « présente un délire d'interprétation très actif. A maintenir. »

Février 1922 : Interprétations et idées délirantes multiples. Se plaint souvent que ses persécuteurs ne le laissent pas dormir ; au moment où il veut sommeiller, il entend toujours des craquements de meubles.

Mars-juin 1922 : Cherche à se distraire en travaillant dans l'équipe du jardin. Très préoccupé de sa santé.

Juillet 1922 : Recrudescence des idées de persécution. Lettre au Procureur. Demande souvent à voir ce dernier pour qu'il fasse cesser les agissements du médium.

Mi-décembre 1922 : La phase interprétative commence à faire place à une période hallucinatoire. Le malade se sent devenir confus, les idées lui bouillonnent dans la tête et tout lui tourne ; est très anxieux, veut aller à Lourdes pour se guérir. Prétend qu'il ne ressent plus l'influence du médium et qu'il peut dormir.

Vers la Noël, il accuse une certaine lassitude, reste couché, ne s'occupe pas, obéit comme un enfant ; rien ne l'intéresse. Ne fait plus aucune remarque sur les machinations de la femme. Mange très peu.

Janvier 1923 : Brusquement, il s'excite, soliloque, crache dans ses aliments, devient agressif. Paraît très anxieux, dit lui-même qu'il est agité, mais ne sait pas pourquoi. Apparition d'hallucinations de l'ouïe, entend vaguement des voix. Idées de culpabilité : s'accuse d'avoir ébruité de fausses nouvelles.

Le 7 janvier, il est conduit dans une section d'agités. Les journées suivantes, il est très halluciné, entend la voix du médium qui le menace ; il est très anxieux. Devient parfois impulsif, attaque les infirmiers, jette ses aliments contre les murs.

Dix jours plus tard, il redevient plus calme, est moins inquiet, entend moins de voix.

Il s'améliore les jours suivants et se rend même bientôt compte du caractère pathologique de ses hallucinations, malgré qu'il entende encore par moments la voix du médium ou celle d'autres personnes qui lui parlent principalement de son passé. Parfois, il a des sensations d'électricité sur son corps.

Petite rechute au début du mois de *février* qui dure six jours.

Redevient anxieux, se cache, parle à voix tout à fait basse ; reste muet par intervalles, difficile à alimenter et négligent quant à sa toilette.

Il est persuadé que ses voix sont réelles et non maladives. Idées de culpabilité : se reproche d'avoir dit du mal des médecins à sa belle-sœur, et pour expier cela, il doit être battu. Le médium ne doit pas être puni.

Parfois N... a peur de se laisser aller à des actes violents envers les médecins. Un jour, il s'écrie, exaspéré : « Cela ne peut plus durer, il faut que j'aille trouver la personne de F..., elle dit qu'elle me sauve la vie. »

A partir du 6 février, on constate une amélioration continue. Les hallucinations deviennent toujours plus rares et moins accusées. Le malade n'est plus anxieux.

En mars : hallucinations motrices verbales : le médium l'oblige à prononcer certaines paroles qui sont des conseils donnés par ce dernier à N...

L'hallucination motrice verbale est parfois complète (mouvements de la langue), d'autres fois elle est à peine ébauchée.

Le médium lui conseille de se remettre à la vie, de travailler Il influence son système nerveux et le cerveau par des sensations qui l'empêchent de dormir.

Mai 1923 : N'entend plus la voix du médium qu'à de rares intervalles. Très amélioré au point de vue mental.

Juin 1923 : Le médium parle encore par moments, mais ce ne

sont plus des voix, qu'il peut comparer aux paroles prononcées par des gens de son entourage. C'est seulement comme s'il se rappelait une conversation.

Juillet 1923 : N'entend plus aucune voix. Est très calme.

Fin juillet : Semble aller beaucoup mieux ; n'entend plus la voix du médium depuis quelques semaines ; celui-ci n'agit également plus sur lui comme au début de la maladie (lors de la phase interprétative). Déclare formellement que, avant la période hallucinatoire, il n'a *jamais entendu* la voix du médium, c'est-à-dire, de la voisine du notaire.

Pendant la période hallucinatoire, activité des hallucinations de l'ouïe et des hallucinations motrices verbales ; quelques hallucinations de la sensibilité générale (mains, pieds électrisés). Le malade est moins persuadé de la *réalité* de ses hallucinations, mais croit toujours aux autres persécutions antérieures du médium ; cependant, il déclare ne plus nourrir maintenant contre ce dernier de l'animosité, car il s'est rendu compte que le médium était « neutre » et qu'il n'avait pas une mauvaise influence sur lui. N'en veut plus maintenant à cette personne. Aucune réaction agressive. Il dit : « le médium s'est lassé de ses persécutions contre moi ; tout ce qui est médium est fini ; tout passe. »

Pas d'affaiblissement intellectuel notable ; se sent lui-même un peu tassé, un peu fatigué en ce moment ; il met cela sur le compte de la chaleur. Passe son temps à faire du droit ou de la mécanique. Se rend compte qu'il a eu autrefois des troubles psychiques, mais croit toujours à la réalité du médium. Cependant, même sur cette question, on arrive à mettre le doute dans son esprit, tandis que, autrefois, il était absolument convaincu. Déclare également qu'il ne peut pas vivre avec sa mère et sa sœur, qui, dit-il, sont des névropathes. Préfèrerait rester désormais en Alsace. Serait, dit-il, en état de reprendre une place de clerc de notaire dans un mois. Reste néanmoins toujours un peu méfiant.

Nous avons cru intéressant d'exposer l'observation de ce malade, car elle pose une question de diagnostic véritablement difficile à trancher. Voici un jeune homme qui, depuis 12 années, présente des troubles mentaux, principalement de nature interprétative. De 1919 à 1923, c'est-à-dire pendant quatre ans, il manifeste un délire de persécution très net, basé sur des interprétations délirantes d'une richesse extraordinaire. Sa conduite, sa manière d'être sont celles d'un aliéné paranoïaque : il fait entendre des revendications multiples, se montre agressif, écrit aux autorités judiciaires

pour réclamer une enquête sur ses prétendues persécutions et ne permet pas, aux médecins qui l'interrogent, de discuter la réalité de son délire.

En décembre 1922, changement brusque dans le tableau clinique : le malade devient anxieux, puis de plus en plus confus. Il s'agite, devient très halluciné et, ce qui est remarquable, rapporte ses hallucinations à la voix du même médium. Il présente également des idées de culpabilité. Cette période de confusion hallucinatoire dure trois semaines ; puis tout rentre dans l'ordre. N..... devient lucide, mais il continue à entendre les mêmes voix. Sa conduite, à ce moment, est tout autre : il parle à voix basse, s'alimente peu et semble craintif. Aux hallucinations de l'ouïe s'ajoutent bientôt des hallucinations motrices verbales, et quelques hallucinations de la sensibilité générale, ces dernières n'ayant qu'une durée éphémère.

Peu à peu le malade sort de son état craintif : il s'entretient avec aménité, est déférent vis-à-vis des médecins et son attitude contraste avec son aspect agressif du début. Les hallucinations disparaissent complètement vers la fin de juin 1923.

Depuis ce moment, le malade est excessivement calme : il ne fait plus aucune interprétation, se conduit comme une personne à peu près normale et discute avec nous au sujet des symptômes qu'il a présentés antérieurement. Chose absolument remarquable, il commence à douter fortement — c'est sa propre expression — de la réalité des hallucinations qu'il a eues ; il reconnaît aussi que précédemment il a peut-être exagéré les maléfices dont il rendait coupable le médium, disant même qu'il importunait le monde par son état névropathique. Cependant, il persiste à croire à la réalité de ses persécuteurs, mais il soutient la controverse sur cette question avec calme et tente de réfuter nos objections, sans se départir d'une attitude des plus correctes. N..... avoue enfin qu'il était malade pendant la période qui va de 1911 à 1919.

Nous devons signaler également que le malade fait lui-même la discrimination de ses différents états délirants : il dit par exemple : « Pendant ma période hallucinatoire, je me sentais très troublé ».

Bref, il semble maintenant avoir partiellement conscience de son état morbide.

En résumé, le malade a présenté un système délirant interprétatif pur pendant 11 ans, avec périodes d'exacerbation pendant ces quatre dernières années. Puis, phase hallucinatoire très intense d'une durée de six mois. Enfin troisième période actuelle, au cours de laquelle N..... semble évoluer vers la guérison, ou tout au moins vers une forte amélioration.

Que devons-nous penser en présence d'un tel sujet ? Faut-il le considérer comme ayant été atteint de délire d'interprétation, avec bouffée hallucinatoire secondaire, au cours de sa psychose, ou bien doit-on croire qu'il dissimulait autrefois ses hallucinations ? Nous éliminons complètement cette dernière hypothèse, car N..... affirme que, antérieurement à ces six derniers mois, il n'était jamais halluciné. Son cas ressortirait donc au délire d'interprétation pur avec bouffée hallucinatoire secondaire, ainsi que le décrivent Sérieux et Capgras. Mais nous ferons remarquer que ces auteurs parlent surtout de bouffées oniriques assez courtes, d'allure polymorphe et sans rapport avec le thème délirant principal. Chez notre sujet au contraire, la phase hallucinatoire a duré six mois et le thème du délire *est resté le même* avec cette différence que l'hallucination s'est substituée à l'interprétation. En outre, dernier caractère, le malade semble évoluer vers la guérison. On a signalé, à plusieurs reprises, des accès de confusion mentale au cours d'une pyschose systématisée chronique (Séglas, Sérieux, Capgras Vigouroux, Frantz Adam) (1).

Mais ces cas de confusion mentale avaient la plupart du temps une origine toxique. Chez notre malade, au contraire, aucun élément d'intoxication n'est entré en jeu et surtout la période onirique hallucinatoire a fait place assez rapidement à une phase hallucinatoire pure, avec lucidité complète.

N..... possède une forte hérédité mentale : c'est un dégénéré à constitution paranoïaque ; il croit encore à la réalité de ses anciens persécuteurs. Que deviendra-t-il dans l'avenir ? Il est bien difficile d'esquisser un pronostic, à moins que N..... ne rentre dans ces cas de *paranoïa fruste* qu'a décrits Friedmann (2).

S'agit-il d'un délire d'interprétation atypique (avec troubles sensoriels dominant par périodes le tableau clinique et

(1) Frantz Adam. — Accès confusionnel chez un persécuté-persécuteur. (*Annales médico-psychologiques*, février 1913).

(2) Friedmann. — Beiträge zur Lehre der paranoia. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1905.

rémission actuelle) ou bien sommes-nous en présence d'une psychose hallucinatoire à évolution rémittente chronique, ou encore d'un délire des dégénérés ?

Le diagnostic reste incertain, mais, nous pouvons néanmoins conclure — en présence de faits semblables — qu'il ne faut jamais se hâter de porter un diagnostic ferme et surtout un pronostic *d'incurabilité.*

M. Arnaud (de Paris). — M. Brissot a eu l'amabilité de me montrer, à Rouffach, le malade dont il vous apporte l'observation. Je pense, comme lui, que le diagnostic de délire d'interprétation, auquel on s'était arrêté, ne peut être maintenu, du fait que le malade est actuellement très amélioré, et aussi du fait qu'il a présenté une phase de dépression mélancolique avec auto-accusation et tendance au suicide. Pendant la longue période où ce malade exprimait de multiples interprétations délirantes, il présentait aussi une excitation cérébrale assez marquée, se traduisant par des récriminations, des menaces, des plaintes aux autorités, etc. A cette période a succédé une phase beaucoup plus courte de dépression, avec idées d'auto-accusation et de suicide, suivie actuellement d'une grande amélioration, sinon de guérison véritable. Il me semble donc que l'on peut s'arrêter à un diagnostic moins vague que celui de dégénérescence mentale et considérer ce malade comme un *circulaire* évoluant d'une façon un peu irrégulière ce qui n'est d'ailleurs pas très rare.

M. Ducos (de Cadillac). — Il n'est pas rare de voir des psychoses associées qui se transforment au cours de l'évolution de la maladie. Peut-être s'agit-il de quelque chose de semblable dans le cas présent.

M. Repond, (de Malevoz-Monthey, Suisse). — Le malade dont le Dr Brissot vient de présenter l'observation est certainement un schizophrénique, car il rentre admirablement dans le cadre de cette affection. Chez lui, il semble y avoir guérison sociale, sinon guérison médicale.

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — Insiste sur le caractère des psychoses associées et sur l'importance de l'état affectif.

A propos de ce même malade, réponse au *Dr Repond,* qui fait du malade un schizophrénique :

M. Arnaud (de Paris). — Le diagnostic de schizophrénie me paraît aussi peu satisfaisant que celui de dégénérescence mentale. S'il est vrai que Bleuler englobe dans sa schizophrénie la démence précoce, la presque totalité des délires systématisés, hallucinatoires ou non, les psychoses alcooliques, de nombreux cas de psychose maniaque-dépressive, la folie hystérique, un grand nombre d'états obsédants et impulsifs, les démences secondaires, l'amentia, etc., etc., et enfin tout ce que l'on a mis « sous la bannière de la psychopathie, de la dégénérescence, de la folie morale... et *peut-être aussi, et c'est le plus grand nombre, de la santé* », il me paraît que la question du diagnostic se trouve singulièrement simplifiée.

M. Repond donne à M. Arnaud les explications demandées.

M. Fouque insiste sur l'importance du pronostic et donne un exemple personnel sur un cas mental qu'il avait étiqueté « incurable ».

M. Marcel Briand développe la notion d'incurabilité au point de vue médico-légal et déclare qu'on doit être fort circonspect dans les certificats qui aboutissent à cette conclusion.

M. René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine). — Un des points soulevés au cours de la discussion qui vient d'avoir lieu à l'occasion de la très intéressante communication de M. Brissot a trait à la question de la curabilité des maladies mentales. M. Repond, après avoir rappelé les importantes notions de schizoïdie et de syntonie qui résultent des conceptions de M. Bleuler, et que M. Minkowski a exposées cette année à la Société Médico-psychologique, a signalé l'importance, en Psychiatrie, de la notion de guérison sociale. C'est là une distinction très importante lorsqu'il s'agit, par exemple, d'apprécier les résultats de la thérapeutique psychiatrique. Bien des médecins non spécialisés estiment que maladie mentale est synonyme d'incurabilité. Ce n'est pas ici le lieu de redresser cette erreur. Je voudrais seulement faire remarquer, en passant, que l'on est souvent beaucoup plus difficile en médecine mentale qu'en médecine générale pour l'appréciation des résultats thérapeutiques, et que c'est là une des causes qui propagent le préjugé de l'incurabilité des maladies mentales. Alors qu'en médecine générale

la guérison sociale suffit souvent à satisfaire, on hésite en médecine mentale à employer le mot de guérison dans des cas où le sujet bénéficie sinon d'une *restitutio ad integrum* ou, mieux encore, d'un retour à l'état normal (?), au moins d'une véritable guérison sociale.

D'autre part, on a tendance à porter parfois un peu vite, un peu tôt, le pronostic d'incurabilité. La thèse de Mme Jannin (Bordeaux, 1916), et celle de M. Paul Delmas (Paris, 1921) ont montré la fréquence relative des guérisons assez longtemps différées pour n'être plus espérées. Tous ces faits font ressortir l'intérêt de la question des guérisons, et particulièrement des guérisons tardives, des maladies mentales, question dont votre Assemblée générale a confié l'étude à M. J. Robert. Ils apprennent à persévérer et à ne pas abandonner à eux-mêmes des malades chroniques, considérés à tort comme incurables et susceptibles de bénéficier d'un traitement prolongé.

M. Michel (de Paris), se place au point de vue des magistrats dans toutes les questions où la notion d'incurabilité entre en jeu (vente de mobilier, etc.). Il indique les meilleures solutions qui doivent intervenir en pareil cas.

M. Brissot (de Rouffach) répond aux différents orateurs. Il ne croit pas du tout que le malade dont il vient de présenter l'observation rentre dans le cadre de la psychose maniaque-défensive. Ce dernier, en effet, est et reste toujours un persécuté ; sa constitution paranoïaque domine le tableau clinique. S'il existe chez lui une amélioration certaine, il n'en croit pas moins encore à la réalité de son persécuteur. S'il n'est plus tourmenté par celui-ci, sa conviction délirante demeure entière, du moins pour le moment.

En ce qui concerne le diagnostic de « schizophrénie », le Dr Brissot déclare qu'il est plus intéressant de faire un diagnostic psychologique que de ranger un malade dans un cadre nosologique imprécis et inconsistant.

Le Dr Brissot signale, en terminant, l'intérêt que présente ce malade au point de vue de la question du divorce, envisagée en se plaçant sur le terrain du code civil allemand (Art. 1569) toujours appliqué — du moins momentanément — en Alsace-Lorraine.

Accès répétés de stupeur catatonique sans troubles mentaux intercalaires appréciables

Par MM. les Docteurs

M. Brissot et H. Jurascheck
Médecin-Directeur *Médecin-assistant*
de l'Asile de Rouffach (Haut-Rhin)

---

1. Antécédents.

J..., Elise, 21 ans, entre à l'Asile de Rouffach le 27 avril 1922. A l'âge de 5 ans, bronchite avec confusion mentale légère ayant duré quelques jours. Depuis cette époque, aucune maladie grave. A eu ses premières règles à 14 ans ; elles étaient au début très abondantes et irrégulières. Pas réglée pendant une année, à l'âge de 17 ans. N'a jamais été anémique. Toujours gaie et exubérante. A l'école, elle n'était pas une des premières. Aimait plutôt la musique (piano et violon) et les sports. Lisait beaucoup. Etait assez infatuée d'elle-même et un peu impertinente.

Aucun cas de maladie mentale dans sa famille.

2. Histoire de la maladie

Les troubles mentaux ont commencé brusquement le *4 janvier 1922*, probablement après un choc moral. Voulant prendre un bain de pieds, parce qu'elle avait chaud à la tête, tint des propos étranges et incohérents. Vers 8 heures du matin, elle devint très agitée, démontait son lit, chantait, récitait des poésies, etc... Le lendemain, on la transporta dans une clinique psychiatrique, où elle resta extrêmement agitée les quatre premières semaines. Depuis le mois de *février*, un peu plus de calme.

N'a jamais été confuse, se rappelle les moindres détails du début de sa maladie.

Arrive à Rouffach, le 27 avril 1922, avec un certificat médical qui mentionne les symptômes suivants : Excitation motrice, fuite des idées intensive, désorientation, méconnaissance des personnes, tantôt maniaque, tantôt déprimée.

Certificat de vingt-quatre heures. — « J... est atteinte d'excita-

« tion maniaque caractérisée par du désordre des idées et des « actes : agitation physique, fuite des idées, logorrhée, mobilité « extrême de l'attention, etc.... Etat physique assez précaire, « pâleur, anémie, épuisement. »

3. Examen a l'entrée

Excitation maniaque classique. Désordre des idées et des actes. Turbulente ; se lève et danse au milieu de la salle. Fuite des idées, euphorie, gros trouble de l'attention. Répond en plaisantant aux questions qu'on lui pose. Est plutôt espiègle. Absence de confusion mentale. Dit correctement son nom, son âge et la saison où nous nous trouvons. Il est, d'ailleurs, difficile de pratiquer un interrogatoire complet, en raison de la fuite des idées et de la mobilité extrême de l'attention chez la malade.

Examen physique. — Très pâle, anémiée. Donne l'impression d'un certain épuisement. Est réglée en ce moment. Pas de température. Réflexes tendineux et idiopathiques musculaires exagérés dans l'ensemble. Pupilles normales. Langue un peu saburrale. Pas de gâtisme. S'alimente sans difficulté (lait).

Rien de spécial aux organes génitaux internes.

Réaction de Bordet-Wassermann : négative.

4. Evolution de la maladie

Certificat de quinzaine. — « J... se trouve dans le même état « mental qu'au moment de son entrée. Excitation maniaque ; « Refus de nourriture par intervalles. »

Mai 1922 : La malade s'agite violemment, crie, chante, déchire son linge, ne reste pas au bain, s'attaque aux infirmières, ne mange pas. Calme pendant quatre jours.

Juin 1922 : Devient tranquille, parle assez raisonnablement. Vers la fin du mois, elle s'excite, est malpropre, fait ses matières, urine dans sa chambre et au lit. S'agite violemment, bat les infirmières, se jette sur les malades.

Juillet-octobre 1922 : Alternance de périodes d'excitation et de calme. En octobre, est malpropre, se barbouille avec ses excréments et cherche à les manger.

Novembre : Améliorée, tranquille, mais lente dans son idéation et souvent incohérente. D'autres fois, elle répond assez bien aux questions qu'on lui pose. N'est plus malpropre. A pu faire quelques petites promenades dans l'Asile.

23 novembre : Ne parle plus, ne mange presque plus. Du 7 au 19 décembre, redevient à peu près normale ; tout d'abord elle présente un certain degré d'obtusion. Dit que Constantinople est la

capitale de la Bavière. Puis répond convenablement, quand on l'interroge ; s'intéresse à ce qui se passe autour d'elle.

Du 19 décembre 1922 au 10 janvier 1923 : Etat de ralentissement psychique extrême. Rit sans motif. Se barbouille avec ses matières. Salit sa chambre.

Rémission du 10 au 20 janvier : la malade est très améliorée, parle beaucoup, se promène.

Du 20 janvier au 20 mars : Longue période de stupeur catatonique. Attitudes typiques de raideur : la malade tient la tête au-dessus de l'oreiller, sans l'appuyer. Laisse ses membres longtemps dans les positions qu'on leur donne. Négativisme, mutisme, attitudes stéréotypées, *flexibilitas cerea.* Malpropre. Alimentée à la sonde.

20 mars 1923 : La malade sort brusquement de son état de stupeur et est lucide de 5 heures du matin jusqu'à 3 heures du soir. Elle parle, veut sortir, fait une petite promenade dans l'Asile, mange seule. Quand on lui demande pour quelle raison elle ne voulait pas s'alimenter, répond qu'elle n'avait pas faim, mais que la sonde était horrible. Se rappelle ce qui s'est passé pendant la période de stupeur, que sa mère l'a visitée il y a quelques jours, ce que son entourage a dit, etc... Regard hébété, parfois rire sans motif.

21 mars-3 avril 1923 : Période de stupeur.

4-13 avril : Rémission. La malade parle volontiers, mange bien, se promène. Est parfaitement orientée dans le temps et dans l'espace. Espère rentrer bientôt chez ses parents. Sait qu'ils étaient chez elle dimanche, qu'un neurologiste l'a examinée il y a 8 jours. Si elle ne parlait pas, c'est qu'elle n'avait rien à dire. N'aime pas la sonde.

Croit encore que Constantinople est en Bavière ; « la Ruhr est le port de Strasbourg ». Mais elle se rappelle qu'elle a été au théâtre en décembre et nous raconte bien le contenu de la pièce qu'elle a vue.

13 avril au 7 mai : Stupeur catatonique. Ne mange pas, est malpropre. Examinée par un neurologiste, les réflexes sont normaux. Un traitement électrique (faradisation) aggrave même son état d'une façon passagère. Pleure parfois.

En mai, continue à être catatonique, sauf deux petites rémissions de quelques heures.

En juin, nouvelles rémissions du 1er au 13 et du 23 au 2 juillet. Puis, stupeur jusqu'au *26 juillet.* Ce jour-là, elle parle, se promène, mange. Ses réponses et surtout les questions qu'elle pose sont assez niaises, enfantines. Ne se rend pas compte de la gravité de son état morbide.

Retombe en stupeur le soir même.

Etat actuel : Pendant les périodes de catatonie, la malade garde les attitudes cataleptiques les plus difficiles, comme les jambes et un bras en l'air, et ceci jusqu'à épuisement musculaire complet. Attitude figée, regard fixe, sans expression ; le visage est cependant parfois grimaçant, surtout quand on fait semblant d'approcher de la malade un objet dont elle a peur (fil électrique). Ne réagit pas aux impressions extérieures (chatouillement de la plante des pieds). Malpropreté habituelle, sonde. Les mouvements qu'on imprime aux membres et au corps sont assez difficiles, en raison de la résistance passive de la malade. Les accès de stupeur semblent depuis quelque temps être beaucoup plus prononcés.

N'est plus indisposée depuis son entrée à l'Asile. Les sentiments de pudeur paraissent être relativement conservés, car Elise pleure et résiste beaucoup lorsqu'on tente de faire un examen génital.

Pour résumer cette observation, nous dirons que la malade a présenté, durant la première année de son affection, des alternatives d'excitation, parfois assez violente, et de calme.

A la période maniaque, a fait suite une phase de ralentissement psychique à laquelle a succédé très rapidement, après un intervalle lucide de 10 jours, une période de stupeur catatonique complète (20 janvier-20 mars 1923). Depuis cette époque jusqu'à l'heure actuelle (août 1923), J... Elise n'a cessé d'avoir des accès de stupeur d'une durée moyenne de trois semaines à un mois, entrecoupés de rémissions n'ayant jamais excédé une dizaine de jours.

Pendant les *périodes de lucidité,* la malade se conduit d'une façon à peu près normale ; elle s'entretient convenablement avec son entourage, s'alimente bien, se promène dans l'Etablissement et se livre à des travaux de dames. On ne constate pas chez elle d'affaiblissement intellectuel notable ; disons cependant que c'est une débile, dont le niveau mental n'a jamais été très élevé. L'affectivité est conservée : J... Elise entretient des relations très affectueuses avec sa famille, à laquelle elle écrit presque journellement. D'autre part, son maintien est correct et elle s'habille avec un certain goût, même avec une certaine recherche.

Toute autre est la *période de stupeur,* qui succède sans aucune transition à l'intervalle lucide et inversement. Durant ces états, immobilité absolue, attitudes figées, stéréotypies, gâtisme, alimentation par la sonde ; mutisme absolu. La malade pleure parfois lorsque sa famille vient la voir, mais

ne prononce aucune parole. Il n'y a pas une amnésie complète pendant les périodes de stupeur, car, redevenue lucide, la malade se souvient d'avoir reçu des visites et se rappelle les faits les plus saillants qui se sont passés autour d'elle.

Nous dirons, en outre, que J... Elise n'a, en aucune façon, conscience de son état morbide.

En présence de ces accès de stupeur répétés avec intervalles lucides, il semble bien malaisé de faire un diagnostic, et surtout un pronostic. Doit-on songer à la démence précoce ? Les périodes de stupeur inciteraient à y penser et à identifier cette affection avec la démence précoce post-confusionnelle de Kraepelin, qui se caractérise par des phénomènes de stupeur catatonique et qui aboutit souvent à la guérison complète. Mais nous ferons remarquer que la malade n'a presque jamais été confuse, surtout au début, où elle était seulement très agitée.

Comme, d'autre part, la malade a présenté, pendant la première année de son affection, des phases d'excitation maniaque avec exacerbations violentes, on peut envisager un autre diagnostic : c'est celui de la psychose maniaque-dépressive, et nous ajouterons que, dans cette éventualité, la maladie peut évoluer chez J... d'une façon anormale, en tenant compte du fait que la patiente est une débile à réactions psychiques peut-être démesurées et atypiques (violente agitation du début qui fait contraste avec la stupeur actuelle).

M. Maere (de Gand). — Considère que les symptômes décrits sont tous caractéristiques de la folie maniaque-dépressive, mais cependant aussi de la démence précoce. S'il y a absence d'inaffectivité il y a, par contre, le symptôme important des « manieren ». La malade est coquette, bizarre et troublée dans sa personnalité. Puis, cette stupeur presque catatonique en est un autre symptôme. Bref, il sera intéressant de revoir ultérieurement l'histoire de cette malade.

M. Gommès (de Paris) fait remarquer que, dans ces cas, il y a lieu de supposer, avec nos conceptions bio-chimiques actuelles, qu'il peut y avoir des troubles des humeurs, conditionnées sans doute par des altérations endocriniennes : modification des excrétions urinaires, des formules leucocytaires par choc hémoclasique, etc...

M. Legrain (de Paris) demande s'il existe, chez cette malade, des altérations dans la fonction ovarienne.

M. Brissot (de Rouffach) répond aux différents orateurs, en déclarant qu'il ne peut, pour sa part, s'arrêter au diagnostic de démence précoce, pour les deux raisons que, 1° la malade est toujours très affective et 2° qu'elle n'a fait aucune confusion mentale au début de son affection. Elle reste stuporeuse par accès, avec intervalles lucides, pendant lesquels elle souligne seulement son caractère et ses tendances de débile.

D'autre part, la malade n'est plus réglée depuis son admission à l'Asile (avril 1922).

De la « période médico-légale » de l'encéphalite léthargique

Par MM. Frantz Adam et Bernard Frey (de Rouffach)

Dès novembre 1921, M. Briand, dans une très intéressante communication à l'Académie de médecine, parlait déjà d'une « période médico-légale » de l'encéphalite léthargique. Il insistait sur la nécessité d'en dépister les formes frustes et sur la possibilité de voir apparaître certaines réactions avant que le diagnostic ne fût fait.

Depuis, différents auteurs, et en particulier M. Colin et son interne Robin, M. le Professeur Claude, MM. Hamel et Merlan, MM. Chavigny et Gelma..., etc..., etc..,, signalaient de nombreuses réactions anti-sociales chez ces malades, réactions commises quelquefois même à la période prodromique de l'affection (Chavigny et Gelma).

Notre collègue et ami Petit, à qui nous signalions des faits de ce genre, et qui a lui-même rapporté un cas si curieux de réactions pathologiques chez une jeune mariée, nous disait que magistrats et même médecins ignoraient encore souvent combien les encéphalitiques étaient poussés à commettre certains actes anti-sociaux, particulièrement de caractère sexuel, pouvant amener leur arrestation et même leur condamnation et porter atteinte à leur honneur et à celui de leur famille. Dans le rapport si intéressant qu'avec M. Truelle il présenta au Congrès de Quimper sur « Les Troubles mentaux dans l'Encéphalite léthargique », nous lisons que, parmi les troubles psycho-organiques observés, il faut noter l'excitation génitale, la masturbation effrénée, la « provocation aux actes sexuels »..., etc...

Dans leurs conclusions, les rapporteurs signalaient encore, parmi les réactions médico-légales dangereuses de la part de ces malades les tentatives de viol, les attentats à la pudeur, l'exhibitionnisme, « dont le sujet semble parfois, en apparence tout au moins, conscient et responsable... ». Et ils insistaient sur ce fait que le caractère pathologique de ces actes

pourrait être méconnu et que la fréquence des phénomènes hystériformes pouvait, « dans certains cas, faire soupçonner une simulation ».

Nos collègues Jabouille et Mehlinger viennent d'observer dans leur service une malade de 18 ans qui, ayant eu une encéphalite léthargique en 1919, devint à partir de 1920, alors qu'elle était auparavant très réservée, d'une lubricité telle qu'elle scandalisait la population. Dans la petite ville où elle vivait, elle provoquait les soldats, levant ses jupes dans la rue quand ils passaient. Elle eut depuis lors deux enfants, le second né récemment à l'Asile. Dans le service, la malade se montre insupportable, se plaignant de tout et de tous, demandant chaque jour à changer de pavillon.

L'un de nous, expert près des Tribunaux du Haut-Rhin, ayant été chargé par deux fois, dans le courant de cette année, d'examiner un jeune sujet qui, poursuivi une première fois pour attentat aux mœurs, le fut par la suite pour coups et blessures sur un des témoins ayant déposé contre lui dans la première affaire, ne dut de ne pas commettre d'erreur et de rattacher ces réactions à une encéphalite datant de trois ans qu'au fait d'avoir suivi l'intéressante discussion du Congrès de Quimper.

Nous avons du reste actuellement dans notre service deux jeunes sujets qui, ayant été atteints d'encéphalite léthargique depuis la guerre, ont dû être internés en raison de leurs réactions anti-sociales. L'un est un enfant de douze ans, réalisant absolument le tableau clinique décrit par Lhermitte dans le « Journal Médical français » d'avril 1923, si bien que l'on pourrait croire que c'est de lui qu'il s'agit dans ce travail. D'une turbulence telle que nous devons le faire enfermer quand nous faisons la visite, tant il nous importune, soit en se pendant à notre bras, soit en nous caressant, soit en nous interrompant pendant que nous parlons à ses camarades, il pleure et hurle pour un rien, entre dans de violentes colères quand nous le semonçons, et va jusqu'à nous traiter de voyou, de cochon et de... sale Boche. Ses camarades se plaignent de lui, il leur crache à la figure, leur vole ce qu'ils ont dans leur table de nuit..., s'attaquant surtout aux malades âgés ou tranquilles. Ses parents, très affectifs, ont dû le faire interner, bien qu'il fût leur unique enfant, tant il était insupportable.

Le cas du jeune W... est plus particulièrement intéressant,

c'est lui qui fut par deux fois arrêté, incarcéré, puis soumis à un examen mental en moins de six mois.

Enfant bien élevé, délicat et même pudique, au point d'être profondément choqué des propos que tiennent les soldats, il changea brusquement de manière d'être au printemps de 1920, se masturbant avec frénésie, et surtout poursuivant tous les camarades de la Société Sportive dont il faisait partie de ses assiduités. Chassé honteusement de ce cercle, il continua d'importuner les jeunes gens de la ville, alors qu'ayant cependant fini par trouver deux... partenaires..., il eût pu se dispenser de courir de nouvelles aventures. Surpris par des passants à masturber un gamin de dix ans, il fut arrêté, incarcéré, et soumis à un examen mental. Or, cette manière d'être avait nettement débuté chez W... à l'époque où il relevait d'une encéphalite très grave, qui l'avait tenu au lit pendant deux mois. A l'asile, il se montra déprimé, somnolent toujours, se plaignant de céphalées. Le liquide céphalo-rachidien contenait 0,22 cg. d'albumine par litre et présentait une légère hyperlymphocytose. W... fut déclaré irresponsable et nous demandâmes qu'il soit interné. Or, nous eûmes la surprise de voir le magistrat instructeur admettre les conclusions de l'expert quant à l'irresponsabilité, mais ordonner la mise en liberté du malade. Celui-ci qui, à l'asile, avait continué de se masturber dans des conditions ridicules, puisqu'en plein jour il trouvait moyen de se faire surprendre par un infirmier, ne trouva rien de mieux, sitôt rentré chez lui que de poursuivre et menacer les personnes qui avaient déposé contre lui. L'une d'elles ayant un jour craché en passant près de lui, se vit menacer, insulter puis enfin jeter à terre. Sa victime ayant porté plainte, W... fut poursuivi à nouveau. Soumis à un nouvel examen mental, qui amena les mêmes conclusions que le premier, le malade fut cette fois maintenu à l'asile. Il est encore dans notre service, et déjà, plusieurs fois, des malades ont déclaré qu'il leur avait fait des propositions malpropres. W... est à peu près indifférent aux reproches que nous lui faisons, manque absolument de tact..., ne se préoccupe pas de son avenir et ne réclame pas sa sortie. — Il n'est plus somnolent et ne se plaint de céphalées que lorsqu'on l'envoie au travail. — Le liquide céphalo-rachidien contient toujours quelques lymphocytes sans hyperalbuminose.

Cette observation n'est pas dépourvue d'intérêt clinique ; il est intéressant, en particulier, de noter la « provocation aux

actes sexuels » déjà signalée par MM. Briand, Petit, Roger, Aymès... le caractère homosexuel des tendances et le fait que le sujet se bornait à pratiquer la masturbation seul ou à deux, ou à regarder un camarade se masturber, sans recourir à des pratiques plus compliquées, qu'il semble même ignorer. Mais c'est surtout au point de vue médico-légal que cette observation nous intéresse. Cette manière d'être tout nouvelle débutant très nettement à la période terminale d'une encéphalite aiguë (ou plus exactement de la phase aiguë d'une encéphalite), doit être considérée comme pathologique. Il y a intérêt à publier des faits de ce genre, qui inciteront les médecins à surveiller les anciens encéphalitiques. Il y aurait lieu de signaler aux magistrats que les sujets non dégénérés antérieurement, non pervers, qui se mettent brusquement à commettre des actes de cette nature, dans des conditions de maladresse spéciale, doivent être examinés.

Les observations de M. Briand, de MM. Chavigny et Gelma prouvent que ces réactions peuvent apparaître à la période prodromique de l'encéphalite. Les nôtres, après bien d'autres, prouvent que cet état anormal peut se prolonger plusieurs années, que des avertissements sévères ne suffisent pas à amender le malade, qui semble obéir à des impulsions irrésistibles, et dont la volonté, l'affectivité, les sentiments éthiques semblent s'émousser.

La « période médico-légale » de l'encéphalite doit donc être connue et encore mieux étudiée. On ne saurait trop louer M. Briand d'avoir repris si heureusement l'expression créée par Legrand du Saulle pour la paralysie générale, et nous lui demandons d'user de sa grande autorité pour faire attirer l'attention des Magistrats, peut-être par une circulaire du Garde des Sceaux, sur l'intérêt qu'il y a à rechercher l'encéphalite dans les antécédents des délinquants sexuels, qui devraient du reste être systématiquement examinés par un psychiatre.

M. Marcel Briand (de Paris). — Je remercie M. Adam d'avoir rappelé quelques-unes de mes observations sur les troubles du caractère consécutifs à l'encéphalite épidémique. Permettez-moi d'appuyer sa thèse pour un cas qui s'est révélé dans des circonstances assez inattendues. J'ai reçu, un jour, la visite d'un banal déprimé mélancolique avec sinon des idées nettes de culpabilité, mais tout au moins, des scrupules. Sa

fillette, âgée d'une quinzaine d'années, l'accusait d'actes immoraux et le malheureux se demandait si malgré lui, dans des circonstances qu'il a pu oublier, etc., il n'avait pas eu, vis-à-vis de sa fille, une attitude expliquant ses reproches. La femme du malade n'ayant pu arracher son mari à ses préoccupations obsédantes se montrait aussi inquiète de son état que peu émue des « racontars » de sa fille. Elle y attachait d'autant moins d'importance qu'elle les mettait sur le compte de la « formation ». Après m'être efforcé de tranquilliser le malheureux père, j'interrogeai sa femme et j'appris ce que vous soupçonnez, à savoir que la fillette avait présenté, quelques mois auparavant, les signes cardinaux d'une encéphalite épidémique. Le père a guéri ; je suis sans nouvelles de la fille, envoyée en pleine campagne chez une grand'mère. Quoiqu'il en soit, supposez que le père eût été veuf et vous vous direz comme moi que quelques commères, sans parler de la concierge, n'eussent pas manqué de faire malicieusement remarquer qu'il n'y a pas de fumée sans feu et la justice pouvait intervenir. M. Adam conclut en demandant que le Garde des sceaux invite par une circulaire les juges d'instruction à penser à « l'encéphalite dans les antécédents des délinquants sexuels ». Je crains que le Ministre de la justice ne se décide pas à faire cette suggestion aux juges d'instruction, mais je sais que ces magistrats, dont une oreille est ouverte à tout ce qui s'écrit en médecine légale auront, tôt ou tard, connaissance du vœu de M. Adam. Une communication à la Société de médecine légale qui paraîtrait dans la *Revue de médecine légale* faciliterait la diffusion des faits sur lesquels notre collègue vient d'attirer une fois de plus l'attention.

M. Michel, Conseiller à la Cour (de Paris), déclare que les cas signalés sont en effet intéressants et à retenir et qu'il serait désirable que l'on pût savoir pourquoi le sujet dont il a été parlé en dernier lieu fut mis en liberté et non interné.

De l'étiologie des constitutions en psychiatrie A propos d'un cas de troubles mentaux limités au caractère à la suite d'une encéphalite épidémique

Par MM.

Paul Courbon et E. Bauer
Médecin chef *Interne*
à l'Asile de Stéphansfeld

Il s'agit d'un cas banal de troubles limités au caractère sans participation de l'intelligence chez une jeune fille de 16 ans, deux ans après une atteinte d'encéphalite léthargique, qui laissa comme séquelles physiques une rigidité du masque facial et des troubles de la prononciation des mots. Nous voudrions à cette occasion insister sur l'imprécision du terme « constitutionnel » et aborder succinctement la question de l'étiologie des constitutions en psychiatrie.

En langage psychiatrique, le terme *constitutionnel* s'applique généralement aux syndromes de cause *endogène,* et il s'oppose à celui *d'acquis* attribué aux syndromes de cause *exogène.* C'est en ce sens notamment qu'il est employé par MM. Delmas et Boll dans leur doctrine originale sur la personnalité humaine, et à lire leur énumération des syndromes constitutionnels (psychoses maniaque, — dépressive, perverse, mythomaniaque, anxieuse, paranoïaque) et des syndromes acquis (confusion, démence, neurasthénie, épilepsie, idiotie, psychose hallucinatoire), on serait tenté de conclure que les syndromes *constitutionnels* consistent en de *simples troubles du caractère,* comme l'écrit d'ailleurs explicitement M. de Fleury, tandis que les *syndromes acquis* comportent toujours des *troubles de l'intelligence* puisque ce n'est que dans les maladies rangées sous leur rubrique que l'attention, la mémoire, le jugement, le raisonnement, les perceptions sont atteints.

Eh bien, le syndrome qui fait l'objet de cette communica-

tion, et qui ressemble à ceux de Briand, de Petit, de Lermitte, ne comporte que des troubles du caractère. Il devrait donc théoriquement avoir une cause endogène, c'est-à-dire être constitutionnel au sens habituel du mot. Or il n'en est rien, car d'abord c'est à la suite d'une encéphalite qu'il a apparu, et de plus, au lieu d'exagérer simplement le caractère qu'avait cette jeune fille avant sa maladie, il lui donna un caractère tout différent. Elle était calme, attentive, laborieuse, égale d'humeur ; elle est devenue turbulente, taquine, instable.

Il semble donc qu'un même syndrome puisse apparaître tantôt comme constitutionnel quand il survient spontanément et ne fait qu'intensifier des tendances préalablement constatées, tantôt comme acquis quand il survient après une maladie organique et réalise un tableau diamétralement contraire à celui des tendances déjà constatées.

Cette notion d'une constitution congénitale et d'une constitution acquise est d'ailleurs implicitement, sinon explicitement, admise par plusieurs psychiâtres, par Dupré à propos de la constitution émotive ; par Logre et Devaux à propos de la constitution anxieuse, quand ils disent qu'on peut devenir émotif ou anxieux par sommations d'émotions, traumatismes, surmenage ou maladies ; par Laignel-Lavastine quand il parle de psychasthénie acquise ; M. Delmas semble avoir lui-même à ce sujet la même manière de voir quand il concède à M. Hartenberg, « que les maladies constitutionnelles sont des perturbations de la vie affective active, dont le système sympathique est le berceau ».

Cette notion est également conforme aux acquisitions de la pathologie générale, d'après laquelle il n'y a pas en médecine deux sortes de causes. Toutes les causes sont exogènes, mais leurs conséquences, au lieu d'être immédiates, peuvent rester latentes et n'apparaître que bien des années plus tard sous forme de cicatrices chez l'individu ou chez ses descendants.

En somme, les mots constitutionnels ou acquis ne devraient pas s'opposer. Toutes les maladies sont acquises avant ou après la naissance. Il y a des syndromes congénitaux dont la cause a eu lieu avant que le sujet ait commencé à vivre d'une vie indépendante, et il y a des syndromes individuels dont la cause a lieu au cours de cette vie indépendante. Le mot constitutionnel ne devrait donc pas être synonyme d'héréditaire ou d'inné, ne pas comporter une idée étiologique. Il devrait n'avoir qu'une compréhension clinique, s'appliquer à ces

états qui n'ont pour caractère, d'après Dupré, d'avoir une symptomatologie plus ou moins systématisée, une évolution continue ou cyclique, une tendance extensive et progressive, une durée chronique, et enfin un substratum organique encore imperceptible à nos moyens d'investigation. On pourrait encore dire avec l'un de nous (Courbon) que les constitutions sont les coefficients réactionnels en rapport avec un substratum organique inconnu encore, mais qui peut soit avoir été apporté à la naissance, soit être déterminé par des causes diverses à une date quelconque de la vie individuelle.

M. Brissot (de Rouffach), fait remarquer qu'il est bien difficile, en pratique, de faire une différence entre les termes « constitutionnels et acquis ». Il existe souvent, chez un même malade, des symptômes pathologiques dus à la fois à des causes constitutionnelles et à des causes acquises. Si l'on prend comme exemple les psycho-névroses anxieuses, les obsessions, etc., on pourra se rendre compte qu'un choc moral ou physique important pourra déclancher la maladie (cause acquise), mais cette cause acquise n'est vraisemblablement agissante que s'il s'y ajoute, dans la plupart des cas, une constitution déjà émotive et qui prédispose le sujet à toutes les complications ultérieures.

M. Marcel Briand (de Paris). — Messieurs Courbon et Brissot sont bien plus d'accord qu'il ne le semble. En effet, que M. Courbon me permette de remplacer l'expression « constitution émotive » par le mot « prédisposition » et M. Brissot partagera, très vraisemblablement, sa manière de voir. Dans un accident de travail ou de guerre, comme on l'a vu trop souvent, faisant plusieurs victimes, rares seront les blessés qui entreront, plus tard, dans la psycho-névrose post-traumatique, si l'on fouille leur hérédité l'on constatera, sans surprise, pour moi, que cette hérédité sera toujours plus ou moins lourde, du point de vue mental.

Lorsque j'ai fait avec un de mes élèves, M. Borel, la communication à la société de médecine mentale que vient de de rappeler M. Courbon, sur les troubles du caractère, à la suite de l'encéphalite épidémique, j'ai eu soin de constater que l'hérédité mentale de quelques-uns des enfants que nous présentions n'était pas sans tare. Mais jusqu'à leur infection ils étaient en apparence normaux.

Cela prouve une fois de plus que les troubles du caractère ou même les troubles mentaux consécutifs à leur encéphalite épidémique, sont conditionnés, d'abord par une prédisposition et ensuite par une cause occasionnelle, le virus post-encéphalitique.

M. Aug. Wimmer (de Copenhague). — Insiste sur la fréquence dans les psychoses atteignant les sujets jeunes, des troubles du caractère et de l'humeur. Et il faut observer que même dans les démences, notamment dans la paralysie générale, on peut voir également se produire semblables syndromes, où les troubles du caractère dominent la scène.

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — L'épithète constitutionnel est prise en médecine dans des sens différents selon les auteurs. Grasset, voilà quelques années, ne citait-il pas la syphilis comme le type d'une maladie constitutionnelle ? Je suis heureux de voir M. Courbon accepter mes idées relativement à la constitution quand il la définit le coefficient réactionnel du sujet. En effet, j'ai jadis, après Landouzy et Roger, distingué dans le coefficient réactionnel individuel la *constitution* qui est le coefficient anatomique, le *tempérament* qui est le coefficient physiologique et le *caractère* qui est le coefficient psychologique.

M. Courbon (de Stéphansfeld). — Une prédisposition qui est assez latente pour que rien ne la manifeste a une existence toute métaphysique, dont une science positive n'a pas à tenir compte. Une enfant qui pendant 15 ans fut d'humeur parfaitement égale, docile, appliquée et qui, à la suite d'une encéphalite, devient turbulente, taquine, instable, a une transformation acquise du caractère, et non un épanouissement, une révélation de celui-ci. Les troubles du caractère sont en effet plus fréquents chez l'enfant à la suite des psychoses, parce que leur personnalité, non encore formée, est plus malléable. Quelquefois, les troubles du caractère sont les premiers à apparaître dans la paralysie générale et d'autres psychoses constituant leur phase médico-légale. La définition de M. Laignel-Lavastine, excellente au point de vue somatique, est un peu insuffisante en matière psychiatrique, car les « constitutions morbides », en psychiatrie, ne sont que l'équivalent psychologique des diathèses de la médecine organique.

Actes automatiques liés à un état léthargique encéphalitique

Par MM. J. Froment et Martine (de Lyon)

Les troubles nerveux assez particuliers sur lesquels nous désirons attirer l'attention ont apparu dans le décours d'une encéphalite léthargique très nettement caractérisée, avec diplopie, paralysie de l'accommodation, torpeur diurne, insomnie nocturne, parésie faciale avec hémispasme. En voici la description sommaire :

La malade est assise, elle lit, peu à peu elle tombe dans un certain engourdissement et, dans cet état, se met à déchirer les pages du livre, qui ne lui appartient pas. Tendant un entre-deux de dentelle pour le détordre, elle s'apprête une autre fois à le déchirer lorsqu'une interpellation d'une de ses voisines l'arrête. Il lui arriva encore de s'apprêter à découper avec un couteau des fleurs artificielles en relief qui décoraient une toile cirée recouvrant la table d'une de ses sœurs. Les protestations et les questions de celle-ci l'arrêtèrent et, s'apercevant de ce qu'elle allait faire, elle en demeura toute confuse.

Fait encore plus impressionnant, cette malade, travaillant dans la mode, s'étonne un jour, en feuilletant un livre de références, de constater que le bas de la page a été déchiré. Elle demande d'où cela provient et comprend rapidement, à la physionomie de ceux qu'elle interroge, que c'est elle la fautive. En effet, quelques instants auparavant, elle a, dans un état de demi-torpeur, arraché le bas de la page et a chiffonné le morceau, qu'elle a jetté sur la banque.

Ces quelques exemples suffisent a donner une idée des singuliers accidents que notre malade a présentés depuis le début de son encéphalite, en mars 1922, et qu'elle présente encore, bien qu'à un degré beaucoup moindre.

Ces actes automatiques ne sont jamais exécutés le matin, ni la nuit, ni dans les moments où les circonstances (visite médicale, par exemple) stimulent la malade et secouent sa torpeur. Lorsqu'elle commence à se sentir gagnée par celle-ci, elle peut les éviter en se levant, se secouant et en faisant les

cent pas. Elle est toujours arrêtée immédiatement, en cours d'acte, par une simple interpellation, mais parfois, auparavant, répond à l'interrogation posée. Enfin, la fréquence des accidents ou leur rareté tient aux variations de l'état de torpeur et s'y superpose exactement.

De pareils accidents n'ont pas été, à notre connaissance, signalés, en particulier dans le rapport très complet de MM. Petit et Truel, présenté dans le dernier Congrès.

La discrétion du trouble, qui jamais ne s'étale et ne se donne complaisamment en spectacle, permet de rejeter l'hypothèse d'un trouble pithiatique.

Nous ne croyons pas non plus qu'il s'agisse d'un équivalent comitial, car l'on n'y retrouve pas le caractère de fatalité qui caractérise l'équivalent. L'accident peut être ici évité, il peut être arrêté à un moment quelconque de son exécution. Un équivalent qui fait ses preuves ne présente pas un tel caractère de docilité, il suit implacablement son cours, aveugle et sourd à toutes les manœuvres qui prétendent l'arrêter.

Le moment où cet accident apparaît, dans la phase intermédiaire entre la veille et le sommeil profond, au seuil du sommeil, pourrait-on dire, l'apparente aux états oniriques dont il diffère quelque peu cependant. Il fait plus encore songer aux actes exécutés par un somnambule. Malheureusement, nous ne possédons pas de termes de comparaison bien étudiés. Les remarques qu'y consacre Janet dans l'Automatisme Psychologique ne concernent que le somnambulisme hystérique, somnambulisme de convention et de comédie, qui ne peut rien nous apprendre sur le somnambulisme vrai. Aussi, ainsi que le remarque Chaslin, savons-nous fort peu de chose de précis sur ce dernier.

Nous voulons nous borner, pour l'instant, à ces quelques remarques. Mais nous nous proposons de suivre la malade pendant plusieurs années. Seule l'évolution pourra, en effet, montrer si notre interprétation du phénomène est bien exacte. Quoi qu'il en soit, il nous a semblé que ce fait curieux, jusqu'ici non étudié, méritait d'être signalé.

M. Anglade (de Bordeaux) voit dans ces actes l'expression des troubles qui, consécutivement à l'encéphalite atteignent l'exécution des mouvements automatiques.

M. Barré (de Strasbourg) les rattache à l'épilepsie.

M. de Blook (de Bruxelles), M. d'Hollander (Louvain) prennent part à la discussion, signalant le caractère intéressant, au point de vue médico-légal, des actes délictueux accomplis dans de telles circonstances.

M. Robert Bing (de Bâle). — Si j'ai bien compris M. Froment, il a écarté l'hypothèse de l'équivalent comitial uniquement du fait que sa malade était parfois capable de faire avorter ses crises stéréotypes au moyen de certaines manœuvres également bien définies. Voilà un argument auquel je ne saurais souscrire, et je pense que nombre de nos collègues sont du même avis que moi. Parmi des cas très nombreux que je me rappelle, je ne citerai que celui d'un épileptique avéré qui parvenait (exceptionnellement, il est vrai) à prévenir ses équivalents en exécutant une manœuvre singulière : il se bouchait le nez et insufflait de l'air dans ses trompes d'Eustache. Je conclus donc, avec MM. Barré et d'Hollander, que la malade de M. Froment est atteinte d'épilepsie ; resterait à savoir si celle-ci a été déclanchée tardivement par une encéphalite épidémique, ou si des manifestations comitiales antérieures à celle-ci n'ont pas pu passer inaperçues.

Synpraxie symétrique ; réapparition à l'état pathologique des mouvements bilatéraux

Par le Prof. d'Hollander (de Louvain)

La clinique psychiatrique nous donne l'occasion assez fréquemment d'observer des états mentaux ou de recueillir des éléments symptomatiques qui sont l'expression de phénomènes fonctionnels liés au développement psychique de l'individu durant les tout premiers stades de son évolution.

Il suffit de citer comme tels : le puérilisme mental (Dupré) et les symptômes de négativisme, de stéréotypie, d'échokinésie, et même de catalepsie (Strumpell) de la démence précoce, dont on a pu dire avec raison que, par certains côtés, elle réalise la régression de la personnalité aux stades de l'enfance.

En neuropathologie, il est plus rare de voir ressurgir des manifestations du premier âge que le perfectionnement fonctionnel de l'individu a annihilé ou atténué au cours des progrès de son évolution.

En 1914, nous eûmes la bonne fortune de rencontrer un cas remarquable à ce point de vue spécial, qui me paraît digne de retenir l'attention. Malheureusement, les documents anatomo-cliniques et photographiques périrent en août 1914. Nous ne pouvons que résumer de mémoire l'essentiel de l'observation.

Il s'agissait d'une femme aux environs de la cinquantaine ; elle était atteinte d'apraxie idéokinétique. Chez cette malade, les perturbations praxiques, comme d'ailleurs aussi la catalepsie active (persévération tonique) (1) — qui était particulièrement prononcée — opéraient d'une manière symétrique.

Cette *synpraxie symétrique,* à ce que je sache, n'a pas encore été signalée ; elle se présentait de la manière suivante.

---

(1) D'Hollander. — Sur les frontières neuro-psychiatriques. Contribution à l'étude de la stupeur, la catalepsie, l'akinésie. *Bull. Soc. Méd. mentale de Belgique*, 1922.

Les actes simples que l'on commandait à la malade d'exécuter à l'aide du membre supérieur s'exécutaient tous symétriquement au moyen des deux membres. Lever le bras, tendre le poing, battre le sommet de la tête, toucher le nez, frapper sur la table, etc., s'exécutaient simultanément des deux membres, et le sujet persistait bilatéralement, jusqu'à nouvel ordre, dans l'attitude en rapport avec le mouvement qu'il venait d'exécuter (catalepsie active). Il était indifférent qu'on s'adressât au membre droit ou au membre gauche ; on avait beau solliciter le sujet qu'il ne manœuvrât que d'un membre à la fois, la synpraxie symétrique des mouvements réapparaissait d'une manière constante à chaque épreuve. Lorsqu'on posait sur la table les deux mains du sujet, et quand alors, tout en immobilisant l'une de celles-ci, on lui commandait de frapper sur la table, la main fixée sous celle de l'examinateur faisait des efforts désespérés pour se dégager et suivre les mouvements de la main agissante, restée libre. La synpraxie symétrique était irrésistible ; elle opérait d'une manière réflexe.

Chez l'enfant normal, la tendance à la bilatéralité des mouvements est physiologique ; elle répondrait au besoin d'augmenter la force à déployer ; il nous paraît, tout au moins pour une certaine période, qu'elle doit tenir à l'insuffisance des fonctions d'inhibition encore mal différenciées (Pitres et Cannus, Noïca) (1).

A la faveur des progrès de l'éducation motrice, l'adulte normal est mis en état de limiter à un seul membre l'innervation intentionnelle ; cependant, la tendance à la bilatéralité est seulement étouffée ; elle ne disparaît pas entièrement, elle reste latente.

Son existence chez l'adulte peut se révéler par diverses épreuves, dont le résultat sera variable suivant le degré de dextérité du sujet ; telles sont : fermer fortement un œil, l'autre restant ouvert ;

approcher ou éloigner avec une certaine force un membre inférieur de l'axe médian du corps (Noïca) (1) ;

presser le dynamomètre (chez un sujet neuf) ;

exécuter simultanément des deux mains ou des deux pieds des mouvements différents, délicats ou inhabituels (piano, jeux de société, pédales d'auto).

(1) Noïca. — L'ordre d'apparition des mouvements volontaires chez l'homme et leur disparition à l'état pathologique, *Encéphale*, 1921.

D'après Noïca, la bilatéralité des mouvements peut réapparaître chez les malades touchés dans leur sens articulaire sur un côté du corps (syndrome thalamique) « le mouvement bilatéral se produit à leur insu, s'ils ferment les yeux ».

Un exemple analogue, selon cet auteur, est fourni par l'hémiplégique, qui est incapable de fermer l'œil du côté malade, alors qu'il y parvient en fermant également l'œil du côté sain.

Notre cas de synpraxie symétrique fournit la démonstration évidente, par le pathologique, de la tendance de nos centres cortico-moteurs à entrer simultanément en jeu. L'homme normal, par le temps et par l'exercice, arrive à réfréner, dans des limites relatives et variables, la bilatéralité des mouvements, grâce sans doute à un facteur d'arrêt, que nous voyons mis hors de fonction chez notre sujet.

Cette fonction d'arrêt réside-t-elle dans le faisceau pyramidal lui-même (P. Marie, Noïca), ou bien dans des faisceaux d'association du cerveau, par exemple, dans le corps calleux ? nous sommes portés à croire que, dans notre cas, la seconde explication doit venir plutôt en considération.

M. Molin de Teyssieu (de Bordeaux) a observé et publié en 1920 un cas analogue de syncinésies symétriques complètes existant congénitalement à l'état isolé en dehors de tout signe d'affection organique du système nerveux central ou périphérique. Il pense qu'il s'agit de phénomènes moins rares qu'on ne le croit, entrant dans la catégorie des états de débilité motrice, s'associant toujours à la débilité mentale et très souvent à l'échopraxie.

Le dermographisme comme méthode d'investigation neurologique et générale

Par M. L. Schwartz de Perrot (de Bâle)

Il y a lieu de distinguer 3 formes principales du dermographisme :

I. Le dermographisme périphérique, rouge ou blanc.

II. Le dermographisme douloureux (réflexe), rouge ou blanc.

III. Le dermographisme élevé (urticaire artificiel).

La troisième forme provient apparemment d'un état spécial de la peau et ne se rencontre qu'occasionnellement, surtout chez les nerveux. Les deux premières formes se trouvent chez tous les individus et sont particulièrement intéressantes.

Quand on trace une ligne sur la peau de la poitrine avec un instrument mousse, on observe généralement, après un certain temps, l'apparition d'une rougeur. Cette réaction rouge se manifeste seulement aux endroits excités. C'est le dermographisme rouge périphérique. Quand on trace, par contre, une ligne dans la même région avec un objet pointu, on voit se former également, après un certain temps, une réaction rouge *autour* de cette ligne. C'est le dermographisme rouge douloureux.

En examinant d'autres parties du corps, spécialement les extrémités, ces réactions tendent plutôt à être blanches.

Il existe une différence fondamentale entre le dermographisme douloureux et le dermographisme périphérique. Tandis que le dernier est à considérer comme réaction locale des vaisseaux capillaires, le dermographisme douloureux se trouve être l'effet d'un réflexe à travers la moelle épinière. Il fait défaut quand une partie de l'arc réflexe est lésée, dans les segments qui correspondent à une destruction de la moelle. Mes dernières recherches ont spécialement mis en lumière cette différence entre les deux dermographismes ; elle apparaît aussi tout particulièrement quand on étudie les différentes influences sur les phénomènes vasomoteurs.

Pour certaines expériences, il est utile de pouvoir employer une dose excitante toujours pareille. C'est ce qu'on obtient

avec l'aide des éreuthomètres (1), petits instruments à ressort qu'on applique perpendiculairement sur la peau ; en traçant la ligne dermographique, il est aisé de maintenir une certaine pression. L'éreuthomètre N° I correspond à un objet mousse et est destiné à provoquer le dermographisme périphérique, l'éreuthomètre N° II est terminé d'une aiguille recourbée et est utilisée pour le dermographisme douloureux. Dans le premier des cas on emploie avec préférence une pression de 500 g., dans le second de 50 g. Une petite échelle de couleur d'intensité différente permet d'évaluer le degré de la rougeur.

Voici les valeurs mesurables des réactions dermographiques :

1. Le temps de latence entre l'excitation de la peau et l'apparition de la réaction.
2. La durée des réactions.
3. L'intensité des réactions rouges.
4. La largeur du dermorgaphisme douloureux.

Un temps de latence court, une intensité et largeur considérables, une grande durée correspondent à un complexus dermographique vif, à une tendance à la dilatation. Un temps de latence long, une intensité et largeur faibles, une petite durée correspondent à un complexus dermographique atténué, à une tendance à la constriction.

Il m'est impossible d'insister ici sur tous les détails de la méthode. En utilisant la région pectorale on obtient une série de belles réactions rouges presqu'égales, et il est aisé d'y étudier les différentes influences sur les réactions : la température de l'air, des douches, les boissons chaudes ou tièdes, les repas copieux, certains médicaments, l'électricité, les émotions (l'angoisse), etc., modifient les dermographismes d'une façon sensible et diverse.

Jusqu'ici la valeur diagnostique des dermographismes n'a pu être fixée que pour les états neurasthéniques ; elle n'est que restreinte. On constate généralement une tendance à la dilatation, parfois aussi un phénomène spécial : l'apparition de petites taches rouges autour de la rougeur plus ou moins compacte du dermographisme douloureux.

Somme toute : l'auteur a surtout voulu décrire sommairement sa méthode et démontrer les services qu'elle est capable de rendre. Elle lui apparaît à présent assez développée pour permettre une investigation avantageuse des phénomènes vasomoteurs de la peau.

(1) Voir les figures dans *Pathologie du Sympathique*, par M. Laignel-Lavastine. Les instruments sont fabriqués par M. Laubscher, Petersgraben, Bâle.

Trépanation décompressive et Ponction ventriculaire dans le Syndrome d'hypertension cranienne

Par MM. J.-A. Barré et P. Morin (de Strasbourg)

Sous l'influence des efforts successifs d'un certain nombre de chirurgiens et de neurologistes, parmi lesquels il convient de citer particulièrement Horsley, Cushing, Babinski et de Martel, la thérapeutique des tumeurs cérébrales est entrée dans une nouvelle phase, et il est incontestable que la trépanation curative ou décompressive a permis d'enregistrer de très beaux succès, en ces dernières années.

La trépanation curative demeure réservée à un petit nombre de cas ; la plus employée de beaucoup est la trépanation décompressive. C'est de cette intervention, qui s'adresse au syndrome d'hypertension que *nous nous occuperons spécialement ici*. Elle constitue une opération très utile. Elle fait presque toujours disparaître la céphalée ; pratiquée à temps, elle a souvent une influence heureuse sur le maintien de la vision, enfin, dans certains cas, elle paraît mettre fin pour toujours aux accidents alarmants de l'hypertension. Ce sont là des mérites considérables qui ont conduit la plupart de ceux qui les ont constatés à voir dans la trépanation décompressive non seulement une opération bien réglée et sans gravité réelle, mais encore un acte thérapeutique à peu près complètement satisfaisant.

Il est pourtant légitime de noter que, si la céphalée cède presque toujours immédiatement à la trépanation décompressive suffisamment large, les cas sont nombreux où elle reparaît dans la suite ; il est pourtant certain que si la stase papillaire s'affaisse souvent après l'intervention, elle persiste parfois, et que, dans un grand nombre de cas, la baisse de la vision n'est pas arrêtée par l'opération. Enfin, il semble bien que les cas où la trépanation décompressive a une action complètement curative appartiennent presque tous au groupe des épendymites sans néoplasme.

Ces remarques restrictives ne doivent pas être négligées quand on cherche à formuler une appréciation exacte sur la valeur pratique de la trépanation décompressive, et elles peuvent avoir l'avantage, en soulignant certaines insuffisances, de déterminer des efforts utiles.

Dans le but d'étudier de près le mode d'action de la trépanation décompressive sur les troubles dus à l'hypertension cranienne, nous avons plusieurs fois noté avec précision et pendant toute la durée de l'acte chirurgical, la pression rachidienne du liquide céphalo-rachidien — dans les cas où il y avait libre communication entre les cavités céphaliques et rachidienne. Les premiers faits que nous avons observés ont été publiés en mars 1922 à la Société de Neurologie à Paris (1).

Parmi les remarques que nous formulions à la fin de cette communication, et après avoir fourni des chiffres nombreux, nous disions : *La pression du liquide céphalo-rachidien a commencé à s'abaisser pendant le perçage du premier trou de trépanation, et avant qu'il y eût la moindre décompression osseuse. Cet abaissement s'est continué sur un rythme rapide pendant toute la première phase de l'opération (perçage et martelage), et s'est à peine accentué au moment de l'ablation du volet de trépanation.*

Ce premier fait avait de quoi surprendre, et il importait de savoir s'il se répèterait dans des circonstances semblables, or, *sept nouveaux examens,* pratiqués comme le premier, nous ont permis de le constater encore avec quelques variantes. Voici le résumé de deux de ces nouvelles observations que nous avons faites.

L., porteur d'une tumeur intracranienne certaine, avec syndrome d'hypertension très intense, est trépané sous anesthésie locale en position horizontale. Au début de l'intervention, la pression du L. C.-R. est de plus de 100 à l'appareil de Claude. Pendant l'incision des plans superficiels et la mise à nu de l'os, elle tombe de 100 à 82. Pendant le forage des trous au villebrequin, on note successivement les chiffres suivants : 92 — 110 — 95 — 75. Au moment de la manœuvre du marteau et du ciseau pour réunir les orifices osseux, le malade fait des mouvements (qui élèvent comme on sait la pression

---

(1) J.-A. Barré et P. Morin. — Modification de la pression du liquide céphalo-rachidien pendant la trépanation décompressive. (Séance du 9 mars 1922). *Revue Neurologique*, N° 3, mars 1922.

du L. C.-R.), et l'on note 80 c., 84 c. Quand on enlève le volet, le malade ayant repris son calme, la pression baisse lentement de 84 à 70. Les sutures cutanées sont faites, et le dernier chiffre lu est 72 c.

Autre observation :

Mme B..., atteinte de tumeur cérébrale de la région rolandique droite, est trépanée sous anesthésie locale, en position horizontale. Au début, la pression du L. C.-R. est de 80 c. environ. Elle se modifie peu pendant qu'on perce les trous, mais elle remonte jusqu'à 100 et davantage quand la malade fait des mouvements et des efforts. Au moment où le volet est circonscrit et prêt à être enlevé, elle est de 90 et en voie de descendre. Après l'ablation du volet osseux, et même tant que la malade est redevenue calme, la pression passe de 90 à 70, et reste à ce niveau pendant les huit dernières minutes de l'opération. C'est alors que, pour obtenir une tension normale, nous évacuons 10 cm. de liquide céphalo-rachidien : la tension est finalement de 40 c.

L'exposé des faits qui précèdent conduit à penser 1° que la trépanation décompressive, large ou moyenne, sans ouverture de la dure-mère, n'abaisse guère la pression du liquide céphalo-rachidien, ou du moins ne l'abaisse ni rapidement, ni fortement ; et 2° qu'à la fin d'une intervention faite en vue d'obtenir un retour de la pression du liquide céphalo-rachidien à la normale, une hypertension très notable peut exister encore (72 c. dans un cas, 70 dans l'autre).

Mais on pourrait penser que l'action de cette trépanation n'est pas immédiate, qu'elle met parfois un certain temps à se manifester, et qu'une nouvelle mesure de la pression du liquide C.-R. aurait chance d'établir sa réalité. Nous avons plusieurs fois pris la pression du L. C.-R. le lendemain ou pendant les jours qui suivaient l'intervention chirurgicale. Nous l'avons jusqu'à maintenant presque toujours trouvée plus haute qu'elle n'était à la fin de la trépanation. Pour le cas de Mme B..., dont l'observation a été mentionnée plus haut, la pression du L. C.-R., qui était de 40 après évacuation de 10 cm. de liquide, se trouvait être remontée, 3 jours après, à 70.

Nous sommes donc portés à conclure, en nous basant sur ce que nous avons observé jusqu'à maintenant que la trépanation décompressive, faite dans des conditions pourtant classiques et normales, peut ne pas décomprimer vraiment, ou du

moins qu'elle ne ramène pas le liquide céphalo-rachidien à une tension normale.

Cette restriction, basée sur des faits à la vérité peu nombreux encore, nous paraît légitime ; mais nous nous garderons bien de l'étendre et de dire que la trépanation décompressive manque entièrement son but, puisqu'elle ne décomprime pas assez, et de lui refuser l'efficacité que nous devons lui reconnaître contre les crises de céphalées.

La malade (Mme B...) dont nous avons analysé la trépanation, et qui avait encore une pression de 40 en position horizontale, à la fin de la séance opératoire (malgré l'évacuation de 10 cm. de liquide), ressentit le lendemain un bien-être très marqué ; les maux de tête ne reparurent pour ainsi dire pas pendant les jours qui suivirent, et pourtant, le troisième jour, la pression en position horizontale était de 70.

Ce fait, avec beaucoup d'autres, établit que l'absence de céphalée peut coïncider avec une hypertension importante du liquide céphalo-rachidien, si une trépanation décompressive simple (sans ouverture de la dure-mère) a été pratiquée.

Ceci nous amène à penser que les crises de céphalées reconnaissent surtout pour cause, non l'hypertension ordinaire, mais ses paroxysmes, qui se produisent sous des influences multiples ; il est probable que ces paroxysmes se traduisent par une surpression minime et que l'élasticité de la dure-mère, libérée du mur osseux que la trépanation a échancré, supporte silencieusement toute l'action ; la dure-mère joue ainsi le rôle de soupape de sûreté contre les crises de céphalée par surtension.

Cette idée s'accorde d'ailleurs avec le fait suivant que l'un de nous a d'abord observé dans le service de Babinski et que nous avons maintes fois constaté depuis : au moment des crises douloureuses atroces dont souffrent parfois les sujets déjà trépanés et qui ont une « poche de décompression », il suffit de ponctionner cette poche et d'enlever *quelques gouttes* de liquide pour que la crise douloureuse cède comme par enchantement.

Si nous ajoutons à ce fait que la dure-mère qui tapisse l'intérieur du crâne est très sensible à la pression, comme nous avons pu l'observer avec la plus grande netteté au cours d'une intervention, nous posséderons des éléments suffisants pour nous faire une idée simple et claire de la genèse des céphalées ordinaires de l'hypertension, et du mécanisme par

lequel la trépanation dite décompressive agit sur ces céphalées, et nous exprimerons ainsi nos diverses réflexions sur cette question importante :

La trépanation agit sur les crises de céphalées, tant que la dure-mère est assez dilatée ou extensible pour amortir les paroxysmes de l'hypertension ; grâce à elle les malades peuvent ne plus souffrir vivement, tout en conservant une hypertension même élevée du L. C.-R.

La constatation du bienfait exprimé par la première partie de cette conclusion ne doit pas nous faire oublier que l'hypertension, dont le malade ne souffre plus, continue pourtant d'agir sur la circulation intracranienne, sur les nerfs craniens (les nerfs optiques en particulier) et les nerfs rachidiens, sur les cavités ventriculaires et sur la substance cérébrale elle-même. Et nous sommes ainsi amenés à nous demander s'il ne serait pas indiqué de compléter toute trépanation dite décompressive, qui ne décomprime pas vraiment (1), par une intervention complémentaire. Nous pensons que la *ponction ventriculaire,* éventuellement suivie de drainage, constitue actuellement le vrai moyen d'obtenir une décompression très marquée durable. Cette ponction a été pratiquée plusieurs fois, à notre demande, par nos collègues les P[rs] Stolz et Sencert : son action est immédiate et importante. Dans un cas où il s'agissait de tumeur de l'aqueduc de Sylvius avec dilatation ventriculaire énorme, un trou unique de trépanation fut fait et, par ce trou, une ponction du ventricule; le liquide s'écoula en jet, après ce premier écoulement, la pression ventriculaire, mesurée à l'appareil de Claude, était encore de 45 (en position horizontale). On laissa cet écoulement se faire goutte à goutte par le petit drain introduit à la place de l'aiguille de ponction ; on mesura de nouveau la pression rachidienne du liquide C.-R. : de 70 qu'elle était avant la ponction ventriculaire, elle était tombée presque immédiatement à 30 c.-35 c.

Dans plusieurs cas où il s'agissait d'épendymite, le drainage a pu être ainsi établi à travers la dure-mère, mise à nu sur l'étroit espace d'un trou de trépanation ; au bout d'un certain temps le drain a pu être enlevé, et les malades n'ont pour ainsi dire plus actuellement aucune trace de l'opération, et ne sont pas fragilisés comme ceux qui ont été trépanés largement.

(1) Ce dont il est facile de s'assurer dans la majorité des cas en mesurant la pression du L. C.-R. grâce à la ponction lombaire et à l'appareil de Claude.

Sans prétendre faire ici une étude de la ponction ventriculaire, nous devons, en nous plaçant au point de vue pratique, nous demander maintenant si cette intervention est difficile ou dangereuse. Elle ne nous semble nullement difficile, ni comporter des risques qu'on puisse considérer comme graves, quand il s'agit d'un sujet dont les céphalées sont très vives, que guette l'amaurose et dont la vie enfin est en danger.

Le travail récent de MM. Cestan, Riser et Laborde (1) (de Toulouse), dans lequel on trouve l'exposé de la ponction ventriculaire qu'ils ont pratiqué 150 fois chez des sujets ne présentant pas d'hydrocéphalie, et avec des insuccès très rares, souligne magistralement la proposition que notre expérience très limitée nous portait pourtant à soutenir. « Les dangers de la ponction ventriculaire sont nuls à condition de ne pas décomprimer brusquement les ventricules », disent les auteurs, et ils ajoutent « l'accident le plus important consiste en une petite hémorragie ventriculaire » dont les effets leur paraissent légers, fugaces. Ces affirmations autorisées répondent à la question pratique que nous nous sommes posée.

Nous avons dans ce court article envisagé rapidement toute une série de points qu'il n'est pas sans utilité de rappeler maintenant en quelques mots.

En résumé, nous croyons que *la trépanation décompressive,* dont on ne peut méconnaître les heureux effets, est une intervention qui *ne décomprime pas toujours autant qu'il le faudrait. La disparition* définitive ou momentanée *des céphalées ne signifie pas toujours, comme on est porté à le croire, que l'hypertension est vaincue :* les accidents dus aux paroxysmes de cette hypertension, sont seuls conjurés.

Etant donné qu'à la fin d'une trépanation dite décompressive, et dans les jours qui suivent, la pression du liquide céphalo-rachidien peut être très supérieure à la normale et dangereuse, bien que le malade paraisse hors de danger, *il est très utile, pour éviter cette sécurité trompeuse, de mesurer la pression du L. C.-R. pendant l'intervention chirurgicale et quelques jours après.*

Dans les cas où les syndromes d'hypertension existent seuls, sans signe de localisation, il semble logique de préférer la

---

(1) Le liquide ventriculaire ; physiologie des ventricules cérébraux chez l'homme. *Annales de Médecine*, avril 1923.

ponction ventriculaire (avec drainage consécutif s'il y a lieu) à la trépanation décompressive large, qui laisse toujours, même dans les cas les plus heureux, des traces qui fragilisent le sujet, ou d'associer cette ponction ventriculaire à la trépanation décompressive.

Il reste à établir des règles précises, qui dirigeront le choix entre la première et la seconde de ces modalités thérapeutiques et les conditions dans lesquelles il sera indiqué de les associer l'une à l'autre. Il nous a paru utile d'attirer aujourd'hui l'*attention sur le caractère insuffisant de certaines trépanations dites décompressives, qui ne décompriment pas en réalité,* et de chercher à montrer que la ponction ventriculaire mérite peut-être plus d'attention et de confiance.

Quelques troubles du mouvement chez les « sympathiques moteurs »

Par MM. J.-A. Barré et L. Crusem (de Strasbourg)

Considérant que les épreuves pharmacodynamiques sont souvent trompeuses et que la classification schématique, basée sur le réflexe oculo-cardiaque est difficilement acceptable, les auteurs ont poursuivi par la méthode clinique l'étude des sujets atteints de troubles sympathiques.

Ils distinguent, parmi ces sujets, les psychiques, les sensitifs, les vaso-moteurs et les moteurs. Chez ces derniers, ils ont fréquemment observé que le plissement volontaire du front est difficile, faible ou mal soutenu ; que dans l'occlusion volontaire des yeux, il y a simple abaissement des paupières supérieures et relèvement des sourcils, c'est-à-dire un ensemble de mouvements tout différent de la combinaison motrice normale ; que l'ouverture de la bouche est faible et incomplète. Enfin, la force de fermeture de la main reste très faible malgré la contraction souvent très vive de tous les muscles du membre et un effort généralisé considérable.

Ces troubles moteurs indiquent que, chez certains « sympathiques », l'adaptation des contractions pour l'effort utile est mauvaise ; l'influx nerveux se disperse et passe dans les antagonistes comme dans les agonistes. Les tests moteurs indiqués peuvent constituer une base objective dans l'étude des « sympathoses » motrices. Le trouble de la physiologie normale du mouvement qu'ils traduisent est sans doute la base réelle des paralysies de beaucoup d'hystériques non simulateurs.

Un cas de lipodystrophie progressive

Par M. P. Hartenberg (de Paris)

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, chez laquelle s'est produit, depuis quelques années, d'une façon progressive et insidieuse, un amaigrissement de la partie supérieure du corps, en même temps que se développait la graisse dans la partie inférieure.

Actuellement, cette malade présente l'aspect typique de la lipodystrophie progressive. La graisse fait complètement défaut au-dessus du pli de l'aine. Le visage est émacié, la boule de Bichat a disparu. A la place des joues se creuse une excavation profonde, limitée par l'apophyse zygomatique et le maxillaire inférieur, qui sont saillants. Au cou, les muscles sterno-cléido-mastoïdiens se détachent en relief. Toute l'ossature de l'épaule et du thorax, l'acromion, les clavicules, les omoplates, les côtes se dessinent sous la peau amincie. Les seins sont nuls et le ventre est aplati. Par contre, les fesses et les cuisses sont rebondies et recouvertes d'un épais pannicule adipeux.

En plus de ces symptômes — et c'est là le seul intérêt de cette observation — il existe simultanément un goître exophtalmique complet : corps thyroïde augmenté de volume et dont la masse arrondie fait contraste avec la maigreur du cou ; exophtalmie marquée ; tachycardie permanente à 112, tremblement caractéristique. La malade se plaint en outre de sensation de chaleur anormale, d'agitation, d'hyperémotivité.

Un traitement systématique par la galvanisation du corps thyroïde, l'hémato-éthyroïdine, la quinine, le salicylate de soude, etc., a produit une amélioration du syndrome basedowien et un engraissement de deux kilos ; mais la graisse semble s'être développée surtout dans la partie inférieure du corps, car l'aspect de maigreur du visage et du thorax n'a pas changé.

On doit se demander évidemment s'il n'y a pas un rapport

entre la lipodysthrophie et la présence d'un goître exophtalmique, d'autant plus que des signes d'hyperthyroïdie ont été signalés dans d'autres cas. Mais il est bien difficile, dans l'état actuel de nos connaissances, de préciser en quoi consiste cette relation possible.

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — Les cas de lipodystrophie se multiplient dans la littérature médicale, depuis que l'affection est mieux connue. J'en ai publié avant la guerre un cas typique avec Viard ; il y existait un certain degré d'hyperthyroïdie réactionnelle à l'insuffisance ovarienne. Depuis la guerre, j'en ai montré à mes leçons de Ste-Anne un autre cas chez une hérédo-syphilitique. Il n'y avait pas dans ce dernier cas de signes d'hyperthyroïdie.

Un traitement des myoclonies douloureuses dans la maladie de Parkinson

Par M. Gommès (de Paris)

On a noté dans la maladie de Parkinson, à côté des troubles de sensibilité vagues et diffus, de vraies douleurs, plus fréquentes qu'on ne dit (1/6 des cas), sur lesquelles une étude de Souques a récemment attiré l'attention. Elles siègent particulièrement aux membres, dans les articulations et les muscles : sensations d'élancement, de brûlure, de constriction. Elles sont souvent unilatérales, du côté où la rigidité est le plus accusée.

Leur pathogénie est encore discutée : compression funiculo-ganglionnaire des racines rachidiennes par arthrite vertébrale chronique, — perturbations musculaires par accumulation des déchets des susbstances oxydables ou par épuisement des hydrates de carbone, — lésions striées ou sous-optiques des connexions thalamiques, — lésions des centres sympathiques.

En tout cas, leur traitement est actuellement partout conçu de même manière : la scopolamine (bromhydrate) en injections. Paulian et Bagdasar viennent encore de l'indiquer (*Presse médicale*, 1921). La morphine elle-même et ses dérivés ne soulagent pas. L'injection de scopolamine amène au contraire la sédation générale, et en même temps la sédation du tremblement et des mouvements rythmés.

Mais n'y a-t-il pas des inconvénients à user d'un médicament aussi actif pour ce qui est, en somme, un simple symptôme, et surtout d'un médicament dont l'accoutumance est connue, et dont les doses par suite doivent être incessamment augmentées ? Sans compter qu'il n'est pas d'une méthode économique, physiologiquement parlant, de donner une médication générale pour un accident localisé à un membre et, à plus forte raison, à un segment de membre.

Un malade que je soigne depuis plusieurs années, parkinsonnien vrai, de 75 ans, et que j'ai montré au Pr Claude, m'a donné l'occasion de chercher dans une autre voie. Atteint, entre autres troubles, de raideur et de minime tremblement des deux côtés, il a ces deux accidents nettement prédominants du côté gauche. De plus, de ce côté, il y a, à l'extrémité distale du membre inférieur, des crises de grand tremblement à forme de mouvements de pédale, simulant la trépidation épileptoïde, et tenant de la myoclonie. Comme dans les tics et spasmes choréiformes avec algies de certains tabétiques décrits par Sicard, il y a ici chaque fois lors de ces crises cloniques, l'association d'un élément douleur qui est très accentué et dont le malade se plaint surtout. C'est immédiatement avant que la crise musculaire ne se déclanche : le malade ressent des sensations de piqûres dans le gros orteil, ou, d'autres fois, dans le talon, ou dans les deux à la fois, piqûres à forme quelque peu lancinante.

La concomitance constante de ces troubles moteurs avec ces troubles sensitifs, qui sont localisables les uns et les autres au territoire du *nerf tibial postérieur,* sans préjuger en rien de leur relation anatomo-pathologique exacte en hauteur (ganglionnaire, médullaire ou sous-corticale), me donne l'idée d'interventions analgésiantes sur le nerf périphérique, — et voici dans le cas mentionné et dans les quelques cas que j'ai eus depuis, quelle est ma technique :

Médicament choisi : le chlorhyd. de cocaïne, 0,02 à 0,025 mmg., plus l'antipyrine, 0,30 à 0,50 (par tâtonnements progressifs), dilués dans une solution saline, 10 cc. par exemple.

Intervention : une injection paranerveuse qui nécessite le repérage soigneux du nerf.

Procédé pour ce repérage. Avec un crayon dermographique : 1° traçage de la ligne horizontale du jarret. Marquage d'un point à 1 travers de doigt en dehors de son milieu. 2° A la face postérieure de la jambe, en bas, marquage du bord interne du tendon d'Achille. 3° Traçage d'une droite reliant ces deux points.

Cette ligne peut être considérée comme projetant le nerf dans sa longueur totale, le tibial postérieur étant à peu près rectiligne dans son trajet, légèrement oblique en bas et en dedans. Je propose de l'atteindre au mollet, à la jonction environ de son tiers supérieur et de son tiers moyen.

Repérage en profondeur. Les coupes anatomiques de la jambe montrent que le nerf à ce niveau est, comme les vaisseaux tibiaux postérieurs, profondément situé. Il repose entre les deux couches musculaires de la région postérieure de la jambe. En arrière est le triceps sural. En avant l'intervalle triangulaire à base postérieure dont le côté externe répond au muscle jambier postérieur, le côté interne au fléchisseur commun des orteils. Il faut donc un repérage soigneux pour atteindre un organe linéaire aussi profondément encaissé.

Mes mensurations me montrent une distance entre le nerf et la face postérieure cutanée de la jambe (variable naturellement d'après l'abondance de la graisse sous-cutanée) de 5 cm. 1/2 à 6 cm.

Donc choisir une aiguille un peu plus longue, de 7 cm. par exemple. Injecter le médicament indiqué, qui aura toute chance de toucher, sinon le nerf, du moins son voisinage immédiat (injection dite paranerveuse), — ce qui, on le sait, revient au même dans ces cas.

L'effet immédiat est nul (je mets à part les effets de la cocaïne et de l'antipyrine, qui sont bien connus, et dont il y a lieu de se méfier). Quelquefois, dans les heures qui suivent, il peut y avoir augmentation de la douleur et des soubresauts, par suite sans doute de la distension des tissus exercée par la masse du liquide injecté. Mais ce qui importe, c'est l'action calmante. Et cette action calmante arrive, progressivement.

Chez chaque malade, j'ai répété l'injection une fois tous les 5-6 jours, et, ici comme dans les injections similaires parasciatiques, l'action, que l'on croirait devoir être exclusivement provisoire, s'est montrée au contraire durable pendant plusieurs mois.

Il y a une telle pénurie dans la thérapeutique, même symptomatique, de la maladie de Parkinson, que j'ai cru utile de rapporter ces cas.

Paralysie du moteur oculaire externe après injections épidurales

Par M. Gommès (de Paris)

Parmi les accidents imputables à l'anesthésie rachidienne par injection (après soustraction de quelques cm. cubes de liquide céphalo-rachidien) de stovaïne associée ou non à la caféine et à la strychnine, il a été publié, depuis 1906, un assez grand nombre de cas de paralysies plus ou moins transitoires, portant moins sur les nerfs rachidiens que sur les nerfs craniens et, parmi ces nerfs craniens, particulièrement le moteur oculaire externe. Terrien (Ac. de Méd., déc. 1922) vient de rappeler l'attention sur ces cas. Il note la paralysie de la VI[e] paire 1 fois sur 200 ou 250 anesthésies, et il ajoute que beaucoup d'autres cas de ce genre n'ont pas été publiés. Lui-même a pu en réunir 62 cas, et il vient d'en publier 3 nouvelles observations. Il insiste sur la presque constante unilatéralité de ces paralysies, et leur époque d'apparition assez tardive.

Tous ces faits sont aujourd'hui classiques. Or, j'ai observé un cas très particulier, non encore décrit.

Une malade de 35 ans m'est envoyée par le D[r] de Boissière, du Havre, pour troubles hystériques (grandes crises datant de plusieurs années) et algie hypocondriaque au niveau du coccyx, algie étrangère à tout traumatisme local ou à une malposition utérine quelconque. La malade est encore vierge. Wassermann sanguin négatif. Comme traitement, j'impose le repos (dans une maison située près de chez moi), l'hydrothérapie chaude, des calmants généraux, et je pratique des injections épidurales, chacune composée de sérum artificiel, 3 centimètres cubes, avec stovaïne, 0,02. Trois de ces injections sont faites, à 5-6 jours d'intervalle chacune. — Amélioration très rapide de la douleur, en même temps que de l'état général. Mais je suis assez surpris de constater, vers le 3[e] jour après la troisième injection, un strabisme droit interne unilatéral, avec diplopie latérale et homonyme, qui persiste encore une douzaine de jours et disparaît peu à peu.

Quelle est l'explication de ces faits ?

La première qui vient à l'esprit, c'est d'invoquer, comme on l'a fait dans les cas de rachistovaïnisation, une action générale de la stovaïne *par la voie sanguine,* qu'il y ait ou non petite hémorragie très localisée au niveau du noyau du VI. Ne pourrait-on pas alors rapprocher de ces cas la paralysie relativement fréquente de III, plus rare de VI, dans d'autres intoxications, comme le diabète et la fièvre typhoïde (Ginestous) (1), ou à la suite d'absorption d'acide picrique (20 jours après l'ingestion, paralysie double, observation de Guillain et Pecker) ? Mais cette pathogénie est rejetée par Terrieu à cause du laps de temps qui s'écoule entre la ponction et l'apparition de la paralysie. Je l'écarte aussi, dans le cas actuel, pour la même raison : la paralysie due à l'intoxication aurait suivi l'injection.

Force est donc d'admettre ici tout d'abord une action par *propagation à distance,* c'est-à-dire directement de l'espace épidural à l'espace sous-arachnoïdien.

Cette supposition semble en conflit avec ce que nous enseigne l'anatomie de la région. On peut en effet exclure l'hypothèse d'une situation particulièrement basse de l'origine du cul-de-sac dural, cause que le liquide injecté l'aurait été ainsi dans la cavité sous-arachnoïdienne, directement : cette anomalie n'est pas notée dans les Traités. D'autre part, l'aiguille dont je me suis servi mesurait 6 cm., c'est-à-dire la longueur habituelle (2). — On ne peut non plus penser que le liquide a bien été injecté épidural, mais qu'il a rencontré — ou même créé par son excès de pression — des éraillures de la dure-mère. Rien dans la technique employée n'autorise à le croire, et la dure-mère est solide.

Au contraire, envisageons non plus l'onde du liquide lui-même, mais l'*imbibition tissulaire* qu'il peut produire. Le liquide a pu partiellement pénétrer dans quelque gaine nerveuse périfasciculaire de un ou plusieurs des nerfs sacrés, qui sont nombreux dans l'espace épidural. Il a pu en imbiber quelqu'un et, par suite, diffuser totalement ou partiellement et gagner de proche en proche, par la voie des espaces lymphatiques périfasciculaires ou fasciculaires, les espaces sous-

(1) Ginestous, *Le Caducée,* oct. 1915.

(2) Cette anomalie du sac dural, en position basse au-dessous de la deuxième vertèbre sacrée, n'est pas cependant invraisemblable.

arachnoïdiens cordonaux et de là le liquide céphalo-rachidien de la cavité lui-même.

Ceci va nous permettre (en généralisant ce phénomène de diffusion) de donner une explication — tout autre que celles proposées — à la paralysie de VI après l'anesthésie rachidienne.

En effet, l'explication de Terrien ne nous satisfait pas : une réaction méningée agissant lentement sur le confluent arachnoïdien de la base. Dans cette réaction, pour cet auteur, point n'est besoin de songer à une infection due à une faute de technique. Il tient pour démontré expérimentalement qu'un liquide coloré injecté à la partie inférieure du canal rachidien se diffuse vers la base du cerveau en une demi-heure ou une heure et, d'autre part, la ponction lombaire aurait prouvé dans ces cas de paralysie l'existence d'une lymphocytose plus ou moins marquée avec polynucléaires. Il s'agirait donc d'une réaction méningée uniquement due à la substance employée. Fait qui semble paradoxal, remarque M. Terrien, ce n'est pas la cocaïne qui produit davantage cette réaction. La VIe paire serait plus spécialement atteinte, parce que le tronc de VI forme un cordon grêle, tendu du sillon bulbo-protubérantiel au sommet de la pyramide du rocher, où il est fixé par un repli de la dure-mère et baigne dans l'espace sous-arachnoïdien. Le III a bien les mêmes rapports, mais il est plus résistant. — De même Lagrange et Périn (*Archiv. d'Ophtalmol.*, août 1922) accusent une méningite subaiguë, due à la rachistovaïnisation chez une malade syphilitique, par ailleurs.

A mon avis, l'explication est tout autre. Elle doit être empruntée à de simples phénomènes physico-chimiques, indépendants de toute réaction inflammatoire. Comme tout à l'heure, il s'agit bien d'une simple diffusion, mais il faut l'envisager en ce qui concerne le liquide injecté lui-même, tout au moins en ce qui concerne les principales substances qui y sont dissoutes. Malgré ce que dit Terrien, les expériences récentes ont montré qu'il n'y a généralement pas d'ascension des parties inférieures aux supérieures, du moins pour des substances comme l'arsenic et l'iodure de potassium. Je crois, en revanche, que cette loi ne doit pas être générale. Elle doit dépendre pour chaque corps, chaque cristalloïde en particulier, d'un coefficient spécial, dit *coefficient de diffusibilité,* — en rapport sans doute avec son coefficient de vola-

tilité, quand il s'agit d'une substance volatile. En diffusant, ce corps volatile remonte de proche en proche à la *membrana tectoria,* d'où il peut, par les trous de Magendie ou les trous latéraux de Luschka, plus ou moins ouverts, pénétrer dans le 4ᵉ ventricule. Qu'on se rappelle maintenant que les noyaux du VI (*eminentia teres*) sont formés de cellules multipolaires de 40-50 μ recouvertes directement par l'épendyme et presque baignées par le liquide céphalo-rachidien. On comprendra l'action immédiate du principe toxique, qui vient « lécher » le bulbe. D'ailleurs, quand bien même la fente de Bichat et les trous seraient fermés, un liquide peut parfaitement passer par filtration à travers la mince pie-mère qui ferme la fente, surtout si, à un moment donné, la pression n'est plus la même des deux côtés de la membrane (Poirier).

Ce genre de propagation a l'avantage d'expliquer : pourquoi la paralysie ne se produit pas dans tous les cas, et est relativement rare (obstruction complète des orifices), pourquoi un seul étant le plus souvent perméable, elle reste unilatérale, pourquoi ladite ascension est lente, et seulement signalée du 3ᵉ au 10ᵉ jour.

La *quantité* de matière diffusante importe aussi, bien entendu, et l'on peut trouver les différents facteurs réunis, temps compris, obéissant à la loi de Fick :

$$dq = - \mathrm{D\,S} \frac{dc}{dx} dt.$$

Arrêtons-nous sur les propriétés physico-chimiques des deux liquides centronerveux qui conditionnent chacun vis-à-vis du sérum stovaïné la valeur de D : *liquide céphalo-rachidien* et *liquide ventriculaire.* Leur composition est un peu différente. Le ventriculaire est plus faible que le premier en albumine, et plus riche que lui en glucose. La diffusion du liquide stovaïné se fera, dans le ventriculaire, avec plus de facilité encore, très vraisemblablement. Examinons maintenant la formule de la *stovaïne :* elle renferme, à sa base, un alcool, car elle est formée d'un radical benzoyle et de deux radicaux méthyle (dont un aminé) fixés sur un alcool secondaire, le propanol : $CH^3 - CHOH - CH^3$, ou, par une construction différente, d'un radical benzoyl, d'un radicale éthyle, d'un radical méthyle et d'un radical diméthylaminométhyle fixés sur un carbinol CH^3OH. Plus précisément, il s'agit ici d'*amino-alcools.*

On sait la grande diffusibilité des alcools en général. Naturellement, l'alcool, qui n'a pas d'action plasmolysante, pénètre les membranes ectoplasmiques, entraînant une action paralysante sur les cellules. L'action qui nous intéresse ici pourrait sans doute être rapprochée de l'action d'alcools, les carbinols (hydrate d'amylène), agissant sur d'autres groupes cellulaires comme hypnotiques.

De même dans le cas de Guillain et Pecker où, 20 jours après l'absorption d'acide picrique, il y eut paralysie de VI — et où l'on trouva de l'acide picramique dans le liquide céphalo-rachidien — ne pourrait-on invoquer une action du même genre ? Car les phénols ont fonction d'alcools tertiaires.

J'explique ainsi comment des paralysies de ce genre se retrouvent aussi avec l'emploi de la novocaïne : c'est que celle-ci, comme la stovaïne, est un dérivé benzoylé d'un noyau amino-alcool. La cocaïne, elle, est d'une formation tout autre : son radical acide benzoïque (facteur de l'action analgésique) et son radical alcool méthylique sont supportés par une base d'ecgonine, corps tout à fait différent. Aussi le processus paralysant est-il toujours, dans les observations cliniques décrit après l'emploi de la stovaïne (et de la novocaïne), jamais avec celui de la cocaïne.

Dorsalisation de la VIIe vertèbre cervicale ayant déterminé des manifestations cliniques tardives

Par MM. O. Crouzon et L. Girot (de Paris)

L'observation que nous rapportons ici nous a paru intéressante au point de vue anatomique et clinique, nous pourrions dire également thérapeutique, car nous croyons que tous les troubles disparaîtront après une intervention chirurgicale.

Mme B... Marie. Agée de 53 ans, exerçant la profession de manœuvre, cette femme aide son mari à construire des fours de boulanger, elle porte des sacs de ciment, de lourds carreaux de maçonnerie, elle est habituée à des travaux de force et a toujours été extrêmement vigoureuse de ses mains.

En dehors d'une fièvre typhoïde en 1906, d'une congestion pulmonaire en 1921, et d'un malaise indéterminé en 1921 qui semble n'avoir pas eu de conséquence, nous ne trouvons, chez elle, aucun incident pathologique récent, ni de traumatisme.

Vers la fin du mois de mars 1923, il y a 4 mois, elle éprouve des fourmillements dans les doigts de la main droite, d'abord par accès, et bientôt d'une façon continue. Deux mois après environ, vers la fin de mai, les mêmes sensations s'emparent des doigts et de la main gauche.

Quelques semaines plus tard, les fourmillements deviennent plus douloureux, et elle souffre à la face dorsale de l'avant-bras droit jusqu'au coude, à la face dorsale de l'avant-bras gauche et au bras jusqu'à l'épaule gauche.

Ces douleurs n'ont rien d'intense, mais elles sont plus fortes la nuit. La malade les compare à « des piqûres », elles l'empêchent de dormir, ou elles la réveillent ; la chaleur du lit les accentue.

En même temps, la malade remarque que ses mains « deviennent raides ». Le matin, au réveil, les doigts sont engourdis, impotents, ce n'est qu'au bout d'un grand quart d'heure que, peu à peu, elle commence à pouvoir s'en servir.

Nous l'avons examinée pour la première fois le 26 juillet 1923.

Ses avant-bras auraient maigri, dit-elle, mais, comme il s'agit d'une femme forte et bien musclée, l'atrophie n'est pas frappante au premier examen.

Les mains ne présentent ni grande déformation ni atrophie localisée, cependant, elles ont déjà une attitude assez spéciale : les doigts, très légèrement fléchis, ne peuvent pas réaliser l'extension tout à fait complète. Lorsqu'on cherche à étendre complètement les doigts, et à étendre complètement leur 1re phalange sur les métacarpiens, on éprouve de la résistance, et on provoque de la douleur.

Tous les mouvements spontanés des épaules, des coudes sont possibles. La force musculaire est entièrement conservée dans ces segments. Il n'en est plus de même à partir des poignets. La malade n'arrive plus à faire, ni à droite, ni à gauche, la flexion dorsale du poignet et l'extension des phalanges sur le métacarpe, sans exécuter, en même temps, un mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras. Tous les autres mouvements des doigts et du poignet sont possibles, mais ils sont exécutés lentement, sans grande force. On a très nettement l'impression d'une contracture portant sur les fléchisseurs et les extenseurs, et d'une parésie d'origine radiculaire.

Les réflexes cutanés plantaires se font en flexion des deux côtés. Les réflexes routliens sont vifs et égaux. Les réflexes radiaux sont vifs et égaux avec réponse du biceps et des doigts. Les réflexes cubito-pronateurs sont normaux, sans écartement du coude. Les tricipitaux sont égaux. Les pupilles sont régulières, égales, et le réflexe photomoteur normal. Seuls les réflexes vélo-palatins paraissent, sinon abolis, du moins très faibles.

Cette malade est un peu sourde, elle comprend difficilement et parle mal notre langue, car elle est Italienne, aussi l'examen des sensibilités a-t-il été difficile. Cependant, elle paraît avoir conservé tous ses modes de sensibilités aux deux mains. Tact — piqûre — chaleur — froid — position des doigts — topoesthésie — sens stéréognostique sont intacts. Elle a reconnu, les yeux bandés, une fourchette, un couteau, une bille, une épingle et une lentille d'optique.

Nous ne notons, chez elle, aucun trouble trophique, pas d'hypertrichose, pas de sudation exagérée. Le réflexe pilo-

moteur est indifférent d'un côté à l'autre. Les oscillations, au Pachon, sont d'une amplitude égale et normale, d'un poignet à l'autre. Elle ne présente pas de signe de Claude-Bernard Horner.

Chez cette malade, quoique le palper de la fosse sus-claviculaire ne permette de sentir aucune saillie osseuse anormale, il réveille très nettement, au niveau de l'émergence du plexus brachial, des deux côtés, une douleur vive, brusque, irradiée dans le bras correspondant et jusque dans la main.

Une radiographie des régions sus-claviculaires nous a montré très nettement :

A droite : une VII[e] apophyse costiforme très forte, un peu recourbée, ne laissant aucun espace entre son bord inférieur et le bord supérieur de l'apophyse sous-jacente.

A gauche : une VII[e] apophyse costiforme analogue, et une véritable côte surnuméraire, très bien développée, s'étendant au dessus de la 1[re] côte normale.

Il s'agit donc d'une véritable dorsalisation de la VII[e] vertèbre cervicale.

***

Cette observation nous prouve la réalité de ces dorsalisations de la VII[e] vertèbre cervicale, dont plusieurs auteurs ont déjà montré toute l'importance. Elles ne constituent pas seulement des curiosités anatomiques, mais elles présentent un véritable intérêt clinique.

Il s'agit, chez notre malade, d'un cas de parésie avec contracture, justiciable d'une intervention chirurgicale, analogue au cas dont O. Crouzon et Pierre Mathieu ont dernièrement rapporté l'histoire clinique et l'heureuse guérison opératoire.

La seule question qui se pose encore, en présence de tels malades, c'est de savoir pourquoi ces gens, porteurs depuis de longues années d'une anomalie vertébrale, ou d'une côte surnuméraire, sans histoire clinique, se mettent soudain, alors qu'ils n'avaient eu jusqu'alors aucun trouble, à souffrir et à présenter des signes de compression radiculaire, ceci, en dehors de toute cause occasionnelle à laquelle on puisse rattacher cette évolution. Dans certains cas, cette apparition tardive est liée à un tassement cervical par spondylite sénile Peut-être s'agit-il ici d'un processus de ce genre.

Constatations expérimentales sur l'activité de l'onde afférente sensitive au niveau médullaire Courbes obtenues sur des moelles de chiens à l'aide de l'électro-cardiographe

Par M. H. Brunschweiler (de Lausanne)

En étudiant la conduction de la sensibilité, il faut toujours se rappeler quel esprit nouveau les idées du professeur de Monakow ont apporté à la conception du phénomène sensitif.

Cette conception nouvelle doit remplacer l'idée ancienne qu'il n'y a phénomène sensitif que quand il y a perception consciente.

Or, la sensibilité est un enchaînement de phénomènes et la perception consciente n'est que le dernier de ces phénomènes. L'onde afférente de la sensibilité parcourt donc, de la périphérie au centre, toute une échelle d'organes, avant d'arriver aux organes où s'élabore la perception consciente. A chaque organe, à chaque degré de cette échelle, l'onde afférente sensitive détermine des réactions et subit des modifications qui préparent les réactions de l'organe suivant. Chacune de ces réactions et l'ensemble de toutes sont indispensables à la préparation du phénomène complet de la perception consciente, mais existe certainement en dehors de lui.

L'onde afférente de la sensibilité détermine donc des réactions, propres aux étapes spinales, bulbaires, thalamiques, etc. avant d'en produire aux étapes où s'élabore la perception consciente.

J'ai pensé qu'il n'était pas, en principe, impossible de recueillir électriquement quelque chose de cette activité individuelle des organes inférieurs de la sensibilité, tout au moins à l'étage spinal. Car, enfin, la moelle, lorsqu'elle est traversée par l'onde afférente sensitive, doit, comme tout autre tissu en activité, produire une onde électro-négative. Et il m'a semblé qu'un appareil aussi sensible que l'électro-car-

diographe pouvait peut-être saisir directement, sur son parcours médullaire, l'onde afférente sensitive, ou, plus exactement, l'onde électro-négative que cette afférence peut produire.

Je me suis encore demandé si l'activité de l'onde sensitive se manifesterait identiquement ou différemment dans les différents faisceaux où on la recueillerait, et surtout si les courbes que l'on pourrait enregistrer, seraient de formes identiques ou différentes, selon les divers modes des excitations pratiquées à la périphérie.

Mes expériences sont encore incomplètes, mais le sujet qu'elle touche est en lui-même assez intéressant, pour que je me permette de vous apporter mes premiers résultats.

Le docteur Paschoud a bien voulu pratiquer la laminectomie chez deux chiens. Nous avons découvert la moelle sur une étendue d'une douzaine de centimètres, dans la région dorsale rétro-cardiaque, qui est la plus favorable pour éviter de capter des éléments de l'action cardiaque.

Après l'opération, nous avons laissé les animaux quelques jours au repos avant de commencer nos recherches.

Voici comment j'ai pratiqué pour voir si l'onde afférente sensitive pourrait, en un point de son passage le long de la moelle, provoquer des oscillations de l'électro-cardiographe :

J'ai relié à l'électro-cardiographe, des électrodes impolarisables de d'Arsonval.

Sauf pour une expérience, nous avons sectionné la moelle pour être à l'abri de toute influence centrifuge provenant des centres supérieurs. Et nous avons enlevé la valeur d'un segment pour avoir la place d'expérimenter.

Pour toutes nos expériences, nous avons appliqué une électrode sur la surface inférieure de la section et l'autre sur la surface longitudinale de la moelle. Nous avons répété ceci pour chacun des différents cordons médullaires. Chacune des expériences a été faite sur le cordon direct et sur le cordon croisé.

Les excitations pratiquées aux membres inférieurs ont été des piqûres, des frottements, des brûlures et des mouvements passifs.

Et vous allez constater que : En reliant par des électrodes impolarisables une moelle et un électro-cardiographe, nous avons obtenu des oscillations nettes, en rapport avec des excitations périphériques de natures variées.

Nous ne conclurons à rien de certain quant au parcours

direct ou croisé des voies de conduction des divers modes de la sensibilité, car il est possible qu'un fil d'amiante de l'électrode ait parfois effleuré un cordon voisin de celui sur lequel nous expérimentions. Mais vous verrez, qu'en ligne générale, nos résultats semblent souvent conforme à ce que nous admettons sur ce point.

Ce qui est très intéressant, c'est que la forme des oscillations présente des caractères différents selon les divers modes d'excitations qui les ont provoquées.

Les formes respectives des oscillations ont gardé leur caractère propre dans les différents cordons.

Il ressort de ces expériences qu'il est possible d'obtenir une expression physiologique expérimentale d'une activité de l'onde sensitive afférente, propre à l'étage médullaire.

Nous allons voir que les ondes afférentes témoignent, même dans une moelle sectionnée, d'une grande spécificité, selon la nature des excitations périphériques qui les ont provoquées

Les impressions que la moelle conduit subissent donc une première différenciation de qualité, bien avant d'arriver aux centres récepteurs cérébraux.

Je me propose d'étudier aussi si une certaine différenciation ne se manifeste pas d'une façon déjà saisissable, dans les éléments nerveux situés avant les ganglions spinaux.

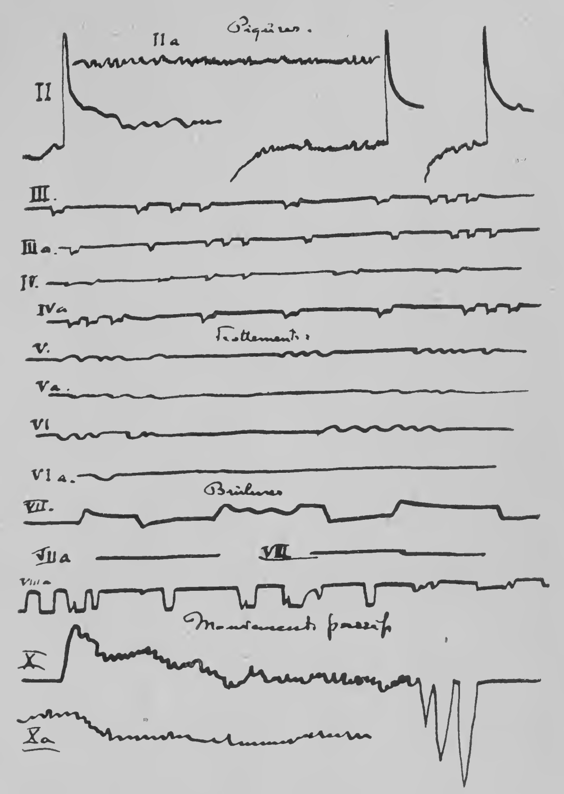
Explications des courbes

Voici quelques parties des courbes.

Nous avons commencé par mettre l'électro-cardiographe en marche sans pratiquer aucune excitation, les électrodes appliquées au cordon postérieur. Nous n'avons rien obtenu, quand toutes les résistances étaient introduites. Quand les résistances étaient diminuées, la ligne unie d'inactivité montrait à intervalle régulier, un petit accent circonflexe. Il provient probablement du battement aortique. Dans celles de nos courbes où ce petit accent s'est reproduit, les oscillations correspondant à nos excitations, se sont surajoutées à lui (voir X, X*a*, XI, XI*a*).

Chez le premier animal, pourtant complètement narcotisé, nous n'avons pas pu expérimenter sur la moelle non sectionnée, car les réactions étaient tellement violentes que la corde de l'électrocardiographe aurait sauté. Chez l'autre animal,

les oscillations ont été au contraire beaucoup plus petites sur la moelle intacte que sur la moelle sectionnée.



Courbes II et IIa. — Nous avons pratiqué des piqûres au membre inférieur gauche, les électrodes étant appliquées au cordon postérieur gauche, donc au cordon postérieur *direct.*

Ces grandes oscillations correspondent exactement au rythme de nos piqûres (courbe II).

Les mêmes piqûres n'ont point donné d'oscillations dans le cordon postérieur croisé (courbe II*a*).

La conduction s'est donc montrée par voie directe dans le cordon postérieur, ce qui est d'accord avec nos notions.

Le temps limité ne me permet pas de vous expliquer en détail les courbes suivantes. Elles ont toutes été recueillies sur un animal beaucoup plus petit que le premier. En réponse à nos piqûres, nous avons obtenu des oscillations beaucoup moins grandes que les premières, mais très nettes et dont la forme générale est, à l'examen attentif, analogue à la forme des oscillations du grand chien.

La conduction pour la piqûre s'est montrée accentuée dans le cordon postérieur direct (courbe III) ; plus faible dans le cordon postérieur croisé (courbe III*a*) ; imperceptible, mais saisissable, dans le cordon latéral direct (courbe IV) ; très accentuée dans le cordon latéral croisé (courbe IV*a*).

Pour les courbes V, V*a*, VI, VI*a*, il ne s'agit plus de piqûres, mais bien de frottements faits avec un crayon. Les oscillations sont d'un tout autre aspect. Ce sont des ondulations festonnantes, accentuées, dans le cordon postérieur direct, insignifiantes dans le cordon postérieur croisé (V, V*a*). Dans le cordon latéral, mêmes ondulations en réponse aux frottements, prononcées au cordon latéral direct (VI) ; nulles au cordon latéral croisé (VI*a*), contrairement à ce que nous avons vu pour les piqûres (IV et IV*a*).

L'aspect des courbes (VII et VII*a*) est de nouveau très différent. Il s'agit de brûlures. Oscillations très prononcées au cordon postérieur direct. Rien au cordon postérieur croisé (VII, VII*a*).

Les brûlures n'ont provoqué aucune oscillation dans le cordon latéral direct (VIII), par contre, oscillations des plus prononcées dans le cordon latéral croisé. A l'examen attentif, la base de la forme est analogue à celle de la courbe de brûlures du cordon postérieur direct, on voit aussi des lignes ascendantes et descendantes mais réunies par des plateaux plus mouvementés, plus rapprochés et plus courts que dans la courbe VII.

Aux cordons antérieurs, mêmes ondulations, répondant aux frottements, à peu près équivalentes par voie directe ou

croisée IX et IXa. Rien pour les piqûres, rien pour les brûlures.

Pour les courbes X et Xa les excitations ont été d'une toute autre nature. Ce sont des mouvements passifs de flexion et d'extension des membres inférieurs. Cette courbe est très mouvementée, très en zigs-zags, mais ce qui domine ce sont de grands soulèvements suivis d'une ligne agitée qui aboutit à un brusque abaissement en pointes.

C'est dans le cordon postérieur direct (X) que les mouvements passifs nous ont donné ces grandes oscillations. Dans le cordon postérieur croisé (Xa) nous n'avons qu'une ligne agitée, comme les lignes intermédiaires de la courbe précédente, mais sans aucun des grands à-coups qui, au cordon direct, ont répondu au mouvement.

Il doit s'agir ici, non pas d'une action musculaire, proprement dite, mais d'une manifestation de la sensibilité profonde.

Pour le cordon cérébelleux de Flechsig les résultats ont été analogues, mais oscillations en sens inverse. Pour ce cordon, il s'agit de l'afférence pour la coordination des mouvements, qui n'arrive pas à la conscience.

On ne peut pas passer sous silence une telle différence de grandeur entre les oscillations de ces deux animaux. Est-elle en rapport avec la différence de taille des deux chiens ? Est-ce un témoignage que l'intensité de la sensibilité peut varier d'un individu à l'autre ? Ou bien l'un des animaux réagissait-il normalement et l'autre anormalement ? Si oui quelles seraient les oscillations normales ? Les grandes oscillations du 1[er] chien avec leurs phases intermédiaires mouvementées ou les oscillations du petit chien ? Existait-il chez le grand chien un phénomène analogue à ce que nous appelons hyperesthésie de section dans le Brown-Séquard ? Ou bien la petitesse des oscillations est-elle en rapport, chez le petit animal, avec le choc opératoire très prononcé chez lui ?

Autant de questions auxquelles seules des expériences ultérieures permettront de répondre.

Au cours de nos expériences, nous avons encore fait les constatations suivantes :

Si nous touchions avec une épingle le cordon latéral sur la surface de section du bout céphalique de la moelle, l'animal s'excitait immédiatement très fortement et se secouait très

violemment. Mais on ne remarquait aucun déplacement latéral de la tête, pas même une excursion du regard. Ce n'était donc pas une réaction d'orientation. Par contre, quand l'épingle touchait le cordon postérieur, toujours sur la surface de section du bout céphalique de la moelle, l'animal jetait sa tête d'un mouvement violent vers le côté gauche, si nous piquions le cordon postérieur gauche, et vers le côté droit si nous piquions le cordon postérieur droit. Mais cette fois il n'y avait pas de généralisation de la réaction.

L'épingle appliquée au cordon antérieur n'a produit aucune réaction.

A un moment donné, nous avons pratiqué une deuxième section médullaire. A ce moment précis, la queue remua énergiquement une dizaine de fois.

Une piqûre unique et brève des cordons latéraux, sur la surface de section du bout caudal de la moelle, reproduisait pendant un moment ces mouvements rythmés de la queue.

Ceci est une preuve de plus que la moelle possède de ces organes hautements différenciés qui sont nécessaires à la production de mouvements rythmés.

Cyanose œdémateuse chronique de la main droite améliorée par la sympathectomie périartérielle

Par M. E. Ledoux (de Besançon)

C'est la lecture du si savant rapport de M. André Thomas qui m'a incité à vous soumettre l'observation suivante qui a trait à un cas de déséquilibre angio-sympathique périphérique.

Il s'agit d'un homme de 29 ans, mouleur en fonte que m'adressait le D[r] Jouvelet, de Gray. Cet homme vigoureux, n'ayant jamais été malade, père de 2 enfants, nés à terme, constate, au mois de novembre 1921, que sa main droite rougit, puis, insensiblement, se cyanose. Il n'accuse pas et n'a jamais accusé de vraies douleurs, mais des fourmillements, des engourdissements, de la roideur. La cyanose, d'abord localisée au dos de la main, s'étend aux doigts. A la coloration rouge vineuse ou violette de la main se surajoute bientôt un œdème dur, une sorte de bouffissure. Le maximum de cette cyanose œdémateuse s'observe sur le dos de la main et sur le médius. Le pouce est beaucoup moins intéressé. Les deux dernières phalanges de l'index sont presque indemnes. Depuis quelques mois est apparu un bracelet de cyanose sans œdème sur la face palmaire du poignet, s'étendant du bord cubital au bord radial. Le matin, au réveil, les plaques cyanotiques sont très œdématiées. Le malade est très gêné par ce boursouflement des téguments qui, je le répète, n'est pas douloureux. Le travail fait céder l'œdème, mais ne le fait pas disparaître. La cyanose ne cède jamais ; elle s'accentue au contraire par le froid.

La main droite est plus chaude que la gauche. L'empaumement des thermomètres marque une différence de deux dizièmes de degré. Subjectivement, cette hyperthermie de la main droite est bien perçue par le malade et elle devient désagréable, surtout lorsque le malade coule de la fonte en fusion et pendant les fortes chaleurs.

On ne note, entre les deux mains, aucune différence dans la sensibilité à la piqûre, au frôlement. Le malade n'a constaté aucune différence dans la sudation des mains. Il nous a paru qu'il n'y avait aucune différence entre les deux membres supérieurs dans la chair de poule produite par le froid. Mais, à vrai dire, nous n'avons pas étudié méthodiquement le réflexe pilo-moteur.

La force musculaire des mains est égale à droite et à gauche. Rien à signaler au point de vue de la motricité de chacun des segments du membre supérieur droit, sauf la très légère gêne dans le jeu des doigts causée par l'œdème. Les réflexes sont normaux.

Une radiographie des mains ne montre aucun trouble trophique ostéo-articulaire au niveau de la main droite. Les os et les surfaces articulaires sont normaux.

Une radiographie de la colonne cervico-dorsale ne décèle aucune anomalie, en particulier pas de côte cervicale.

Le réflexe oculo-cardiaque est nettement positif. La diminution du nombre des pulsations, lors de la compression des globes oculaires, étant en moyenne de 8 à 10 par minute.

La tension artérielle est de Mx. 150, mn. 90, aussi bien à droite qu'à gauche (Pachon).

Je n'ai fait ni recherches capillaroscopiques, ni épreuves pharmacodynamiques.

Par contre, les courbes oscillométriques montrent une très notable différence entre le côté droit et le côté gauche.

La courbe oscillométrique gauche est relativement ample avec un indice de 4. A droite, la courbe est insignifiante avec un indice de 1 1/2. Mais si l'on réchauffe pendant 3 minutes la main et l'avant-bras droits dans un bain à 38°, la courbe se modifie, devient beaucoup plus ample et haute avec un indice de 5 1/2.

L'épreuve du réchauffement, modifiant si particulièrement l'amplitude de la courbe, éliminant l'idée d'une oblitération artérielle, j'ai pensé qu'il s'agissait d'une vaso-constriction artérielle et j'ai proposé au malade, sur les conseils de M. Leriche, qui avait assisté à un de mes examens, la sympathectomie périartérielle.

Cette intervention fut pratiquée par le D[r] Tisserand. Avant même l'énervation sympathique de l'artère humérale, on constatait la petitesse de l'artère et, par contre, le calibre anormalement développé des veines.

Aussitôt après la sympathectomie, le pouls droit disparaissait mais, 9 heures après l'opération, la courbe oscillométrique du côté opéré devenait très ample et haute, avec un indice de 8.

Quatorze jours après l'opération, le malade se trouve notablement amélioré. Il n'éprouve plus d'engourdissement. L'œdème a complètement disparu du dos de la main. Les doigts ne sont presque plus œdématiés. La cyanose du dos de la main et des doigts s'est légèrement atténuée, le bracelet cyanotique du poignet a disparu. Les deux courbes oscillométriques droite et gauche sont larges et amples. L'indice droit est de 7 ; l'indice gauche est de 5 1/2. J'espère que cette amélioration s'accentuera.

Cette observation ne concerne pas un cas d'érythromélalgie, puisque le malade ne souffrait pas. Je ne crois pas qu'on puisse prononcer le mot d'érythromélie ; encore moins celui de syndrome de Raynaud.

J'ignore quelle est la cause du trouble circulatoire que présentait notre malade. Ce dernier incriminait le froid. Amateur de pêche à la ligne, il estime que l'exposition au froid de la main droite, tenant la ligne, la main gauche placée dans sa poche, explique et la symptomatologie de son syndrome et surtout son unilatéralité. Je n'entérine pas cette opinion.

J'ai pensé que cette observation présentait quelque intérêt et méritait d'être rapportée comme un fait pouvant servir à l'étude du sympathique périphérique, encore si mystérieux, et dont la physiopathologie est, par certains côtés, assez troublante et parfois paradoxale.

SÉANCE DE CLOTURE

Un peu avant la fin de la dernière séance du Congrès, M. Reymonenq, secrétaire général de la préfecture, vint faire part aux congressistes d'un arrêté de M. Paul Strauss, Ministre de l'Hygiène, qui, en témoignage de l'intérêt qu'il porte à leurs travaux, a accordé à un certain nombre d'entre eux les distinctions honorifiques suivantes :

Médaille d'or de l'assistance publique. — MM. les docteurs Séglas, Briand, Dupain, Kéraval, Pâris, Vallon, Toy.

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Journiac, Charuel, Maupaté.

Médaille de bronze. — M. le docteur Lagriffe.

Toute l'assemblée applaudit vigoureusement.

M. le docteur Briand remercie, au nom de ses collègues, M. Reymonenq, qui a bien voulu apporter lui-même aux congressistes la bonne nouvelle.

Le télégramme suivant a été ensuite adressé à M. Paul Strauss, ministre de l'hygiène :

« Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, siégeant à Besançon adresse à M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, l'expression de ses sentiments respectueux et ses remerciements pour l'intérêt qu'il veut bien prendre à ses travaux. »

M. le docteur Colin, président du Congrès, prononce alors le discours de clôture suivant :

« Mes chers collègues,

« Nous voici arrivés au terme de nos travaux. Il me reste une tâche très agréable à remplir, c'est de vous remercier de tout l'effort que vous avez fourni et de l'aide précieuse que vous m'avez apportée.

« Notre congrès a été, je crois, des plus fructueux au point de vue de ses résultats.

« Nous avons assisté à une discussion particulièrement brillante sur l'application et les résultats de la psychoanalyse, discussion qui s'est renouvelée non moins brillante ce matin. J'en remercie bien vivement nos collègues Hesnard, Répond, Laignel-Lavastine, Schnyder, Boven, Hartenberg, Courbon, Wimmer, Lépine, Froment, Minkowski, Logre, Graeter, Anglade et Flournoy.

« Faut-il vous rappeler le rapport lumineux de M. André Thomas sur les côtes cervicales et les accidents qu'elles entraînent ? Rarement a-t-on entendu dans un congrès une leçon plus claire, plus instructive. Rarement a-t-on vu discussion plus attachante que celle à laquelle ont pris part MM. Crouzon, Péron, Laignel-Lavastine, Roger, Froment, René Charpentier, de Massary et Courbon.

« Le rapport présenté par notre éminent collègue Legrain a suscité des débats parfois passionnés, toujours du plus haut intérêt. Faut-il vous rappeler les noms de tous ceux qui y ont participé, nos collègues Sollier, Bing, Calmels, Minkowski, Adam, Rayneau, Fouque, Behague, Vivès, Hamel, j'en passe et non des moindres, pour ne pas prolonger notre séance.

« Que dirai-je des communications ? Il faudrait toutes les citer, et vous les avez encore présentes à la mémoire. Entre autres, nos collègues d'Hollander, Schwartz, Barré, Brunschweiler, Brissot, Crouzon, Calmels, Ledoux, Froment, Raviart, Gommès, nous ont apporté une quantité de cas intéressants. Nous les en remercions bien vivement.

« Nous avons donc beaucoup travaillé, mais nous avons aussi profité de notre séjour ici pour nous distraire. Je ne vous rappellerai pas les intéressantes visites de la ville, la conférence de M. Gazier au théâtre, la réception si charmante de M. le préfet et de la municipalité, ainsi que l'inoubliable banquet de Dôle.

« Je dois maintenant exprimer notre reconnaissance à nos collègues étrangers, belges, suisses, danois, espagnols, pour l'appui scientifique qu'ils nous ont apporté et les sentiments d'affection qu'ils nous ont manifestés.

« Permettez-moi de remercier chaleureusement, au nom du Congrès, ceux de nos collègues qui ont bien voulu accepter le rôle pénible de secrétaires des séances, MM. Adam, Bauer, Fouque, Louis Parant et Daniel Santenoise. Nous leur sommes infiniment reconnaissants de l'assiduité et de l'effort

continu auxquels ils se sont astreints pour assurer l'exactitude des comptes rendus de nos séances. Et je n'aurai garde d'oublier l'activité souriante de notre collègue Frantz Adam dont l'entrain et la bonne humeur sont un des attraits de nos réunions.

« Je terminerai en remerciant d'une façon toute particulière notre secrétaire général, le docteur Santenoise, l'organisateur de ce congrès. C'est une tâche redoutable et, en même temps, laborieuse que celle de l'organisation d'un semblable congrès. Nous félicitons notre collègue d'y avoir si pleinement réussi et il me permettra, j'en suis sûr, d'associer sa charmante femme, Mme Santenoise, aux éloges et aux remerciements que nous lui adressons.

« Je ne saurais oublier enfin mon ami Charpentier, dont l'affection et le dévouement à mon égard ne se sont jamais démentis. Il sait aussi l'affection que j'ai pour lui, et, si je lui adresse vos remerciements à tous, il me permettra, pour ma part, de lui dire simplement : Merci !

« Mes chers collègues, le congrès est clos. Je souhaite au congrès de Bruxelles, à nos collègues de Massary et Glorieux, d'être favorisés par le temps splendide dont nous jouissons ici.

« Quant au succès, il sera au moins égal et certainement supérieur à celui du congrès de Besançon. »

M. le docteur Santenoise remercie M. Colin de ses paroles aimables et ajoute que, s'il a pu travailler d'une façon utile, c'est parce qu'il a trouvé autour de lui les concours les plus bienveillants et les plus efficaces. Les autorités franc-comtoises, MM. les préfets du Doubs et du Jura, les présidents des conseils généraux de ces deux départements, le maire et la municipalité de Besançon, le directeur de l'asile de Saint-Ylie ont largement contribué à la réussite du Congrès en lui facilitant sa tâche.

Il est heureux de constater que le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française manifeste une vitalité toujours grandissante.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONGRÈS

Samedi 4 Août 1923, Besançon

PRÉSIDENCE : M. HENRI COLIN,

Président de la XXVII[e] Session

La séance est ouverte à 14 heures 30 minutes.

M. René CHARPENTIER, secrétaire permanent, présente les excuses du D[r] Lucien Lagriffe, secrétaire général de la XXVI[e] session (Quimper, 1922), empêché d'assister à la séance, et donne lecture en son nom du Compte rendu financier de la session de Quimper.

Compte rendu financier de la XXVI[e] Session (Quimper, 1922)

RECETTES :

163 Membres adhérents à 30 fr.	4.890 »
52 Etablissements hospitaliers à 30 fr.	1.560 »
65 Membres associés à 15 fr.	975 »
Subvention de la Ville de Quimper	500 »
Subvention de l'Asile des aliénés de Quimper ..	3.000 »
Total	10.925 »

DÉPENSES :

Note de l'imprimeur	5.466 85
Réception du Congrès	1.861 10
Subvention aux Œuvres bénéficiaires de la Fête de Penmarc'h	200 »
Gratifications (dactylographe, secrétaire)	200 »
Frais généraux (correspondance, envois, etc.) ..	497 05
Total	8.225 »

Balance :

Recettes	10.925 »
Dépenses	8.225 »
Excédent de recettes	2.700 »

Docteur Lagriffe,
Secrétaire général du Congrès de Quimper.

Il propose d'approuver ces comptes, se soldant par un excédent de recettes de 2.700 francs, et d'adresser au Dr Lagriffe les félicitations et les remerciements de l'Assemblée générale.

Ces conclusions, mises aux voix par le Président, sont adoptées à mains levées à l'unanimité des membres présents.

M. René Charpentier, secrétaire permanent, expose ensuite la situation morale et matérielle du Congrès.

Il montre que les craintes exprimées par certains, lors de la reprise du Congrès, après la guerre, n'ont heureusement pas été confirmées par les faits.

Au point de vue moral, le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, reçoit tous les jours les encouragements les plus flatteurs et les appuis les plus précieux. Cette année encore, le Gouvernement Français, le Gouvernement Belge et le Gouvernement Luxembourgeois se sont, comme d'habitude, fait représenter officiellement à la session de Besançon. Les diverses sociétés françaises, belges, suisses de psychiatrie et de neurologie ont également envoyé des délégués, ainsi que les Ministres français de l'Hygiène, de la Guerre et de la Marine, le Ministre de la Justice de Belgique et le Département de l'Assistance du Grand-Duché de Luxembourg.

Plus encore, groupant non seulement les nations de langue française, mais les collègues étrangers qui s'expriment volontiers en cette langue, le Congrès a reçu des délégués officiels venus du Danemark, d'Espagne, d'Italie, de Pologne. L'an dernier, la Norvège et la Tchécoslovaquie y étaient représentées. Ces résultats sont d'autant plus remarquables que les difficultés économiques et l'instabilité des changes sont actuellement un gros obstacle aux relations internationales.

Il faut signaler enfin les lettres adressées par M. le Dr

Robertson, président de la Société médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande, et par M. le D[r] Weir-Mitchell, président de la Société Médico-psychologique des Etats-Unis, exprimant le regret, partagé par tous ici, de n'avoir pu, cette année, prendre part à nos travaux.

Le nombre des inscriptions est loin d'avoir fléchi. Si l'on compare le chiffre total des inscriptions des trois sessions qui précédèrent la guerre (Amiens, Tunis, Le Puy) et des trois sessions qui la suivirent (Strasbourg, Luxembourg, Quimper), ce chiffre est, pour les premières, de 815 et, pour les secondes, de 972.

Il est trop tôt pour donner les chiffres de la présente session, mais on peut déjà indiquer que le nombre actuel des membres adhérents est supérieur au nombre des membres adhérents des sessions du Puy, de Strasbourg et de Quimper.

Aussi bien, donc, par les encouragements qu'il reçoit que par le nombre d'adhésions qui lui viennent chaque année, notre Congrès, véritable Congrès International de langue française, manifeste une vitalité supérieure à celle d'avant-guerre.

Mais il y a plus. Grâce à la prévoyance de mes prédécesseurs au secrétariat permanent, MM. Henry Meige et René Semelaigne, une caisse de prévoyance a été constituée. Ce fonds de réserve nous permettrait de supporter de mauvaises années et, en cas de besoin, de subventionner nous-mêmes nos sessions déficitaires s'il s'en produisait. Il est constitué par les soldes créditeurs des sessions du Congrès, par les ventes des volumes des sessions antérieures et par les arrérages des rentes françaises qui le constituent. Depuis la guerre, *toutes* les sessions ont laissé un solde créditeur à verser à ce fonds de réserve.

Lorsqu'il m'a été confié, le 1[er] janvier 1921, le total de l'avoir du Congrès était de 14.087 fr. 72.

Je suis heureux de pouvoir vous annoncer que, grâce à l'excellente gestion de vos secrétaires généraux, MM. Courbon, Forman, Lagriffe et Lalanne, il se monte maintenant à la somme de 20.974 fr. 67.

Cette situation me paraît de nature à calmer les appréhensions que certains avaient exprimées concernant le succès des sessions d'après-guerre du Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française. Au triple point de vue de sa

situation morale, du nombre de ceux qu'il intéresse et de sa situation financière, il a largement démontré sa vitalité et sa résistance.

Des applaudissements unanimes saluent ces conclusions.

M. Henri COLIN, président. — J'ai reçu de M. le Dr Antheaume la lettre suivante que je vous demande la permission de vous lire :

« *Paris, le 30 juillet 1923.*

« MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

« En même temps que je vous transmets, sous forme d'un tirage à part du « Journal d'Hygiène mentale et d'intérêts professionnels », que je dirige, le résultat du referendum auquel vous avez bien voulu répondre, permettez-moi de vous faire part, au nom de plusieurs de mes collègues et au mien, de quelques critiques et de quelques desiderata, au sujet des Congrès de Quimper et de Besançon.

« Nous vous demandons d'assurer au Congrès de Besançon l'application du règlement et de couper court aux mauvaises habitudes de dérogation qui se sont introduites dans les Congrès d'après-guerre.

« Nous ne voulons pas voir se renouveler ce qui s'est passé à Quimper où, malgré mes protestations préalables, en juillet, le secrétaire permanent a convoqué le comité permanent, ainsi que les Présidents et les Secrétaires généraux des Congrès antérieurs, à neuf heures du soir, la veille de l'assemblée générale.

« Or, si le règlement édicte dans un alinéa que le comité permanent doit se réunir au début des travaux du Congrès, et si, dans un autre alinéa, il stipule que l'assemblée générale se réunit pendant les travaux de la session, c'est afin de laisser aux membres du Congrès le temps de conférer entre eux au sujet des indications que les membres du comité permanent ont le devoir moral de porter à la connaissance de leurs mandataires. Il n'est pas douteux que délibérer de neuf heures à onze heures du soir est pratiquement un sûr moyen d'éviter tout contact et toute entente préalable sur tel ou tel point entre les membres du Congrès, appelés à voter dès le lendemain matin. C'est là une manœuvre destinée à faire triompher d'autorité, en quelque sorte, toute candidature ou

toute proposition officielle sans qu'aucune autre candidature ou contre-proposition puisse surgir, être examinée hors séance, et présentée avec chance de succès.

« A Quimper, le succès de la manœuvre a été garanti en faveur des candidatures officielles énoncées, par un surcroît de précaution consistant à se dispenser du scrutin secret, qui est strictement réglementaire, sous le prétexte plaisant que personne ne réclamait cette garantie d'impartialité.

« Je me permets d'attirer encore votre attention sur ce point qu'aux termes du règlement chaque assemblée générale vote au sujet du siège de la prochaine session ; je demande donc qu'à Besançon il soit statué de cette manière, et qu'on ne renouvelle plus cette infraction au règlement qui, à Strasbourg, a consisté à fixer à l'avance, par un vote de l'assemblée, le siège de plusieurs sessions, ce qui consiste à engager le Congrès au delà des limites réglementaires prévues.

« Je signale enfin un défaut de contrôle qui existe à chaque assemblée générale, consistant à ne point s'assurer, même discrètement, que seuls prennent part au vote les membres adhérents qui ont le droit d'y participer, à l'exclusion des membres associés.

« Recevez, Monsieur le Président, l'assurance de mes meilleurs sentiments. »

ANTHEAUME.

Cette lettre est datée du 30 juillet 1923. Au moment où je la recevais, elle avait déjà paru sous la date du 20 juillet dans « l'Informateur des Aliénistes et Neurologistes » (n° 7, juillet-août 1923). C'est là une petite incorrection qui ne saurait vous échapper. Il y en a d'autres. Je laisse à notre distingué secrétaire permanent le soin de répondre aux critiques formulées sur l'application du règlement, et notamment sur la réunion du Comité permanent et de l'Assemblée générale, mais je ne saurais laisser passer sans protestation le passage suivant de la lettre de M. Antheaume :

« Je signale enfin un défaut de contrôle qui existe à cha-
« que assemblée générale, consistant à ne point s'assurer,
« même discrètement, que seuls prennent part aux votes les
« membres adhérents qui ont le droit d'y participer, à l'exclu-
« sion des membres associés. »

Ce « *même discrètement* » est une trouvaille, toute impré-

gnée du parfum des « Provinciales ». Pour le reste, il s'agit de procédés auxquels nous n'avons pas coutume de penser.

M. René CHARPENTIER, secrétaire permanent. — Messieurs, Je crois devoir vous donner les explications suivantes. Dans la lettre dont il vient de vous être donné lecture par notre président, il est fait allusion à de « mauvaises habitudes de dérogation qui se sont introduites dans les Congrès d'après-guerre ». Je pense que cela veut signifier que, depuis la guerre, le règlement de notre Congrès est, à chaque session, systématiquement violé.

Je crois n'avoir pas besoin d'affirmer ici qu'en ce qui me concerne j'ai toujours suivi à la lettre le règlement du Congrès. Pourraient en témoigner ceux avec qui j'ai eu à collaborer pour la préparation des sessions de Luxembourg, de Quimper et de Besançon.

Pourtant, M. Antheaume estime que le règlement n'a pas été observé (malgré, dit-il, ses protestations préalables) pour la convocation, à Quimper, du Comité permanent et de l'Assemblée générale du Congrès. Vous allez juger combien erronées sont ces affirmations.

Tout d'abord, le Comité permanent a-t-il été convoqué, comme le veut le règlement, au début des travaux du Congrès ? Assurément. Il ne saurait être question de convoquer le premier jour de la session une réunion à laquelle assistent, non seulement le bureau de la session et les membres du Comité permanent, mais tous les anciens présidents et tous les anciens secrétaires généraux. Ce serait s'exposer à tenir cette réunion avant l'arrivée des membres qui doivent y assister.

Le comité permanent, pour se réunir au début des travaux d'une session qui dure environ une semaine, doit donc se réunir le deuxième ou le troisième jour. Il a été convoqué à Quimper le troisième jour.

Il ne peut, d'autre part, se réunir que le soir, après le dîner. Les membres du bureau de la session, de même d'ailleurs que les autres membres adhérents, sont pris, aux autres heures, par leurs fonctions ou par leur participation aux travaux du Congrès. Consulter le progamme d'une session suffirait à convaincre qui voudrait en douter.

Quant à l'Assemblée générale, elle se réunit « pendant les travaux de la session » ; ce sont les termes mêmes du règle-

ment. Se serait-elle donc tenue avant la session..., ou après la session ? Non, elle s'est tenue, comme toujours au milieu de la session, au moment où les membres adhérents sont tous arrivés et avant le départ d'un certain nombre d'entre eux. Il ne faut pas oublier que la date de la réunion du comité permanent et la date de la réunion de l'Assemblée générale ont été fixées par le comité permanent du Congrès dans sa séance du 25 avril 1922. M. Antheaume, alors membre du comité permanent, assistait à cette séance : c'est un des responsables, si responsables il y a, de ces décisions, qu'il a contribué à prendre, et sans élever contre elles à ce moment aucune critique.

Quand donc a-t-il protesté, et comment a-t-il protesté ? Une défaillance de mémoire peut seule permettre de qualifier de « préalables » des « protestations » qui se sont produites le 17 juillet 1922, une semaine après l'envoi de la convocation, et trois mois après la décision prise par le comité permanent avec la collaboration de M. Antheaume. Ce dernier les considérait alors comme si peu « préalables » qu'il allait jusqu'à offrir les timbres nécessaires à l'envoi de nouvelles convocations annulant au dernier moment les convocations régulières.

Estimant n'avoir pas le pouvoir de changer une décision du Comité permanent, j'ai offert à M. Antheaume, s'il désirait me remettre une protestation écrite, de convoquer immédiatement le Comité pour lui soumettre la question, conformément au règlement. Ce n'est pas cela que désirait M. Antheaume : il préféra ne pas me remettre la lettre demandée. Les dates fixées, conformément au règlement, par le Comité permanent, n'ont pas été changées.

Ceci se passait le 17 juillet 1922, à la séance de la Société clinique de Médecine mentale. On peut se demander pourquoi M. Antheaume voyait à ce moment des inconvénients aux dates que le Comité avait fixées le 25 avril 1922, avec sa collaboration.

Qu'auriez-vous pensé, Messieurs, de votre secrétaire permanent, s'il s'était permis, de sa propre autorité d'annuler une décision régulière prise par le bureau de la session et le comité permanent ?

On me reproche d'avoir violé le règlement. Ne serait-ce pas pour l'avoir trop bien défendu ?

M. René Semelaigne. — L'auteur bien connu de la lettre ouverte, publiée récemment par l'*Informateur des aliénistes et des neurologistes,* blâme les « mauvaises habitudes de dérogation qui se sont introduites dans les Congrès d'après-guerre ». Il prie notre président d'y mettre un terme, et demande qu'à Besançon « on ne renouvelle plus cette infraction au règlement qui, à Strasbourg, a consisté à fixer à l'avance, par un vote de l'assemblée, le siège de plusieurs sessions ». Je ferai remarquer à mon ami Antheaume que, dans les faits signalés, il n'y a rien de bien nouveau. En 1909, au Congrès de Nantes, présidé par Vallon, l'assemblée générale, après avoir choisi Bruxelles comme siège du Congrès en 1910, a, sur la proposition de Régis, désigné Tunis pour la session de 1911. Ce vote était confirmé à Bruxelles ; néanmoins, le Congrès de 1911 ne devait pas siéger à Tunis, mais à Amiens. Le Comité permanent, alors composé de nos collègues Antheaume, Arnaud, Crocq, Deny, Doutrebente et Régis, prit la responsabilité de cette décision ; il n'avait pas à cette époque de secrétaire, Meige, démissionnaire, n'étant pas encore remplacé. A Amiens, l'assemblée générale, après avoir choisi le mois d'avril pour la réunion suivante, à Tunis, désignait le Puy comme siège du Congrès en 1913. Nous avons, à Tunis, confirmé ce dernier vote, et choisi Luxembourg pour la session de 1914. Le Congrès du Puy décidait qu'après Luxembourg on se réunirait à Besançon. La guerre survint, les années s'écoulèrent. En novembre 1919 se réunissaient à nouveau les membres du comité permanent, dont j'étais le secrétaire ; la mort de Régis les réduisait à cinq : Antheaume, Klippel, Lallemant, Long et Vallon. Comme le Comité l'avait déjà fait en 1911, nous avons assumé la responsabilité d'une décision prise hors session et non endossée par l'assemblée générale. Trois anciens présidents, Arnaud, Deny et Ritti nous donnaient leur appui, mais le règlement n'était pas moins violé. Pourtant, personne ne nous a reproché d'avoir, en dépit d'un règlement étroit, choisi pour siège du premier Congrès d'après-guerre la capitale de l'Alsace reconquise. A Strasbourg, après avoir confirmé les décisions des Congrès de Tunis et du Puy concernant Luxembourg et Besançon, nous avons voté la session de Quimper. Dans ces résolutions diverses, un seul souci nous a tous guidés, la prospérité des futurs Congrès. Pardonnez-moi cet historique, fastidieux mais nécessaire.

Quelques mécontents, n'y en aura-t-il pas toujours, ont demandé que la préparation de nos Congrès appartînt désormais aux seuls aliénistes. Le nombre de ces derniers, dans le Comité permanent, offre cependant une garantie suffisante, et je n'attacherais aucune importance à cette insinuation, si elle ne paraissait pas dirigée contre deux membres de ce comité, Klippel et Meige. Je n'ai pas à faire ici l'éloge de deux collègues, dont vous appréciez tous la haute valeur intellectuelle, morale et scientifique, et auxquels, depuis tant d'années, m'attache une sincère affection, mais je pense, contrairement au proverbe, que la vérité est toujours bonne à dire, surtout à des amis qui nous semblent disposés à commettre une erreur. Klippel, au temps où il était interne du professeur Ball, à l'hôpital Laënnec, fréquentait déjà l'asile Sainte-Anne. Puis, chef du laboratoire de la Clinique, il a publié de nombreux travaux sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale, de l'alcoolisme, de la démence précoce. Ancien président de la Société médico-psychologique et de la Société de psychiatrie, les aliénistes pourraient, aussi bien que les neurologistes, le revendiquer pour un des leurs. Quant à Meige, nommé en 1906 secrétaire du comité permanent, il a su faciliter la tâche, jusque-là malaisée, des secrétaires généraux ; il a aussi créé cette caisse de réserve qui nous met désormais à l'abri de tout événement fâcheux et imprévu. Elu vice-président par le Congrès du Puy, en son absence et sans son consentement, il a présidé la session de Luxembourg, menant à bien cette tâche délicate de représenter dignement la France à l'étranger. L'année dernière, vous l'avez appelé à faire partie du comité permanent, où toutes les compétences doivent trouver leur place. A ces deux hommes, qui nous ont rendu des services signalés, avons-nous le droit de dire aujourd'hui : nous n'avons plus besoin de vous, vous n'êtes plus des nôtres. Ce serait le comble de l'injustice et de l'ingratitude.

M. Henry Meige. — Messieurs, Voilà près de trente ans que je suis un fidèle de ce Congrès. J'ai été le premier de ses secrétaires permanents et j'ai eu le grand honneur de présider une des dernières sessions. Il m'est donc permis de dire que je connais bien ses origines, son fonctionnement et son but.

J'ai toujours souhaité, et je souhaite encore ardemment son succès. C'est pourquoi je n'ai pu rester indifférent à un danger qui le menaçait.

On a voulu introduire ici des pratiques politiciennes, qui jusqu'à présent étaient inconnues dans ce milieu scientifique et familial. On a lancé, à tort et à travers, des accusations aussi absurdes que perfides.

Je devais à la mémoire de mes maîtres et de mes amis, je devais aux membres de ce Congrès qui, nouveaux venus, sont mal renseignés sur son histoire, je dois à mes collègues de la Société de Neurologie, je me dois aussi à moi-même de montrer l'inanité de ces allégations.

Je le ferai en pleine clarté, sans ménagement, car, contrairement au proverbe, j'estime, avec mon ami Semelaigne, que toute vérité est bonne à dire.

Une campagne a été entreprise qui fait peser sur nous une atmosphère trouble, dont il ne peut résulter rien de bon.

L'instigateur de cette campagne est M. Antheaume. Je puis le dire sans l'offenser : il s'en fait gloire. M. Antheaume n'est pas venu à cette Assemblée ; je m'en étonne et je le regrette.

Je m'en étonne, car il ne pouvait trouver une meilleure occasion de défendre ses idées au grand jour. Je le regrette, car c'est toujours un désappointement que de voir un adversaire se dérober. Mais sa carence aujourd'hui ne saurait m'empêcher de m'élever contre une entreprise de dissolution qu'il a rendue publique.

Après une préparation de longue date par une série d'articles tendancieux, les Aliénistes ont reçu dernièrement un questionnaire sur l'opportunité de maintenir ou non la désignation et l'organisation de ce Congrès.

Pour faire ce referendum, M. Antheaume n'avait nul mandat : il ne fait même plus partie du Comité permanent. Son initiative est donc toute individuelle. Et cependant, certains ont pu croire, de bonne foi, qu'il s'agissait d'une consultation émanant du Congrès lui-même.

Ce referendum était-il opportun ? — Il l'eût été, à la rigueur, si le Congrès avait donné des signes de décrépitude. Or, il n'en est rien. Notre secrétaire permanent, M. René Charpentier, vient de vous prouver par des chiffres éloquents

que les adhérents restent nombreux, que le crédit scientifique et la situation financière sont en pleine prospérité. Cette enquête était donc, pour le moins, superflue.

Ce referendum a-t-il été impartial? — Bien loin de là. En effet, ce Congrès, à l'heure actuelle, et depuis 30 ans, est un Congrès d'Aliénistes et de Neurologistes. Pour savoir si les adhérents désiraient ou non des réformes, il eût été à la fois logique et équitable de consulter les uns et les autres. Or, le questionnaire n'a été adressé qu'aux seuls Aliénistes, et encore pas à tous.

Ce fut donc un referendum *unilatéral, partiel,* et par conséquent *partial.*

Il s'agissait de savoir, entre autres choses, s'il fallait maintenir l'appellation actuelle de ce Congrès.

Son titre n'a qu'une importance secondaire. L'essentiel, c'est le travail qu'on y fait. La firme qui existe depuis 1894 a fait ses preuves. Sa réputation est bien assise. Il n'y avait aucune urgence à la changer.

D'ailleurs, à ce sujet, les idées de M. Antheaume ne paraissent pas bien cohérentes.

Dans son questionnaire, il demande si l'on est d'avis d'appeler désormais le Congrès : « *Congrès des Aliénistes* de France et des pays de langue française. » Puis, un mois plus tard, il écrit : « Ce que nous désirons en premier lieu, c'est faire disparaître du titre de ce Congrès toutes terminologies corporatives causes de distinctions purement professionnelles, d'où l'appellation de : *Congrès de médecine mentale.*

Ainsi, on propose d'abord une désignation franchement corporative ; puis, soudain, on déclare qu'on n'en veut plus.

M. Antheaume s'est livré à un grand travail de statistique pour démontrer que, parmi les adhérents de ce Congrès, les Neurologistes sont moins nombreux que les Aliénistes. Ce fut prendre beaucoup de peine pour révéler une vérité évidente aux yeux de tous.

Le nombre des Neurologistes est, en effet, d'une façon générale, bien moindre que celui des Aliénistes, et l'expérience de 24 sessions a prouvé que ces derniers n'avaient pas à craindre de se voir submergés par les Neurologistes dans ce Congrès.

D'ailleurs, il faut toujours se méfier des statistiques, de celles de M. Antheaume notamment. Exemple :

Au congrès de Luxembourg (1921) figurent parmi les adhérents 33 membres de la Société de Neurologie de Paris. M. Antheaume a compté 18 Neurologistes.

A Strasbourg (1920), même constatation : 32 au lieu de 17.

Enfin à Quimper (1922) 32 au lieu de 9 (chiffre de M. Antheaume).

Je ne sais pas combien il reconnaîtra de neurologistes à la session de Besançon ; mais j'ai pu constater que les membres de la Société de Neurologie qui s'y sont inscrits sont en plus grand nombre que jamais : une quarantaine, dont 30 environ sont ici présents.

Au surplus, ce pointage est bien arbitraire, car, parmi les noms des adhérents, il en est qu'on peut rattacher, avec autant de bonnes raisons, soit à la neurologie soit à la psychiatrie.

Et c'est bien là, la meilleure preuve de l'impossibilité d'établir ici une distinction valable entre les neurologistes et les psychiatres.

En tout cas, ceci prouve que les chiffres brandis par M. Antheaume ne doivent être acceptés que sous bénéfice d'inventaire.

Etant donnée la faible proportion des Neurologistes par rapport aux Aliénistes, on a dit qu'il n'était pas juste de désigner pour la présidence alternativement un Aliéniste et un Neurologiste.

C'est une légende.

Premièrement, cette alternance n'est nullement spécifiée par le Règlement du Congrès.

Secondement, elle n'a jamais été établie.

Consultez la liste des anciens Présidents : Les Psychiâtres y figurent dans la proportion de 5 contre 1.

En effet, — sans parler même des 4 premières sessions qui ont été présidées par des psychiâtres, — les 24 dernières ont eu pour présidents :

20 Psychiatres,

4 Neurologistes,

1 Physiologiste.

Voudra-t-on retrancher du nombre des présidents psychiâtres, Joffroy, Gilbert Ballet, sous prétexte qu'ils n'étaient pas encore professeurs de psychiatrie au moment de leur présidence, et M. Klippel, bien que ses travaux psychiatriques aient toujours fait autorité ?

Même en opérant des sélections aussi arbitraires, le nombre des psychiâtres appelés à la présidence l'emporte de beaucoup sur celui des neurologistes. Et la prétendue alternance a été si peu observée qu'on a vu se succéder à la présidence, sans interposition de neurologistes, Ritti, Motet, Doutrebente, Magnan, plus tard Cullère et M. Vallon et avant la guerre MM. Deny, Mabille, Arnaud.

Voilà la vérité.

Et d'ailleurs, ce Congrès a-t-il eu à pâtir d'avoir été présidé par quelques neurologistes, tels que Brissaud, Grasset, M. Pitres ?

Pour ma part, je crois que ces présidences espacées n'ont fait que servir la cause du Congrès et aussi celle des médecins d'asile, placés ainsi sur un pied d'égalité avec des notabilités scientifiques, honorées universellement.

« Pourquoi, demande M. Antheaume, n'a-t-on jamais désigné pour la présidence d'un Congrès à l'étranger, un psychiatre ? »

C'est parler à la légère, et fort incongrument.

Quatre sessions ont été tenues à l'étranger, dans lesquelles, pour des raisons de courtoisie internationale, le ou l'un des présidents a été choisi dans le pays où se tenait le Congrès.

A Bruxelles (1903) le président fut M. Francotte, professeur de psychiatrie à l'université de Liège.

A Genève (1907), il est vrai que le président, le Pr Prévost, est surtout connu par ses travaux de physiologie ; mais sa haute situation scientifique et son attachement à la science française le désignèrent au choix de tous ; et la physiologie n'est pas sans affinités avec la psychïâtrie.

Au second Congrès de Bruxelles (1910), il y eut 2 présidents : l'un belge, M. Crocq, médecin de la maison de santé d'Uccle, est actuellement professeur de psychiatrie à l'Université de Gand. L'autre président, français, fut M. Klippel. Je pense que nul n'ignore ici ce que la psychiatrie française doit à M. Klippel.

Enfin, à Luxembourg (1921), il y eut aussi deux présidents, dont l'un, M. Buffet, est médecin d'asile.

Pourquoi M. Antheaume a-t-il étouffé la présidence de M. Buffet ? Omission involontaire, peut-être..... Mais il est des oublis offensants, surtout quand il s'agit d'un collègue étranger, auquel vont nos sympathies les plus reconnaissantes.

En passant, je relèverai, mais pour la repousser du pied, cette insinuation : « Là où il y a quelque intérêt honorifique ou autre à être mis en évidence », les Neurologistes occupent la présidence.

M. Antheaume glisse volontiers des notes de cette sorte avec l'espoir « qu'il en restera toujours quelque chose ». Il en reste, en effet, quelque chose, mais qui n'est pas à l'honneur de celui qui emploie de tels arguments.

C'est un autre abus, paraît-il, qu'un Rapport sur trois soit confié à un neurologiste.

Tous les Aliénistes n'ont pas ce dédain des travaux neurologiques. De plus en plus, ce qu'on appelle des questions de neurologie pure, qu'il s'agisse d'anatomie-pathologique ou de clinique, préoccupent à juste titre les médecins aliénistes. Certains d'entre eux s'y sont acquis une notoriété du meilleur aloi. Je suis convaincu qu'ils n'ont pas eu à regretter que ce Congrès leur ait procuré l'occasion d'entendre des exposés neurologiques faits par MM. Babinski, Verger, Sainton, André Léri, Sicard, Roussy, etc...

Même si, au premier abord, la question paraît à quelques-uns trop spécialisée, comme je l'ai entendu dire à propos du Rapport de cette année, le Congrès ne doit-il pas savoir gré à un Neurologiste de la valeur de M. André Thomas, président de la Société de Neurologie, de prendre rang parmi ses Rapporteurs ? Et après l'exposé et la discussion, n'a-t-on pas reconnu que ce sujet nouveau méritait de retenir l'attention des Aliénistes comme celle des Neurologistes ?

Au surplus, je ferai observer que le sujet du Rapport dit de Neurologie est souvent choisi parmi ceux qui intéressent également les Aliénistes et les Neurologistes. Depuis 1894, les sujets mixtes n'ont pas manqué : la Paralysie générale, l'Hystérie, les Tics, l'Epilepsie, l'Idiotie, les Psychoses polynévritiques, le Cerveau sénile, les Chorées chroniques etc.

Et il faut s'efforcer de choisir de tels sujets. Mais il importe peu que le Rapporteur soit qualifié d'aliéniste ou de neurologiste, pourvu qu'il soit, avant tout, qualifié pour traiter la question.

Tel fut le cas l'an dernier, car, quoiqu'en dise M. Antheaume, il n'eut pas manqué de neurologistes pour se charger d'un Rapport sur une question de neurologie qui était en pleine actualité. Le Congrès, en désignant pour rapporteur M. Anglade, médecin d'asile, a tenu à donner une marque de déférence à l'un de ses membres les plus fidèles, le mieux qualifié aussi par ses travaux antérieurs pour exposer le sujet.

En vérité, pas plus pour les Rapports que pour la Présidence les Neurologistes ne se sont montrés accaparants. Et prétendre qu'ils ont nui au succès du Congrès est une accusation qui ne peut que faire sourire.

Quelqu'un, qui sans doute ne connaît pas très bien l'histoire de ce Congrès, quelqu'un a dit que les Aliénistes assumaient seuls les tâches ingrates de son organisation.

Nul mieux que moi n'a pu apprécier combien est lourde et délicate la mission des secrétaires généraux, médecins d'asile, qui organisent les sessions. Nos remerciements ne seront jamais à la hauteur de leurs peines et de leurs sacrifices. L'exemple de M. Lalanne ne pouvait être mieux choisi.

Mais n'est-il pas équitable de rappeler que quelques Neurologistes ont également rempli ces fonctions difficiles, au mieux des intérêts du Congrès ?

M. Long, à Genève, en 1907 ; M. Mirallié, à Nantes, en 1909 ; M. Decroly, à Bruxelles, en 1910 ; M. Porot, à Tunis, en 1912. Et le Congrès peut-il oublier l'accueil qui lui fut préparé par M. Forman, à Luxembourg, en 1921 ?

Autre cheval de bataille de M. Antheaume :

Un Comité permanent a été institué dans ce Congrès, en 1906.

« A ce moment, écrit M. Antheaume, quelques neurologistes, poursuivant un but bien défini, réussissent à s'immiscer d'une manière durable dans l'initiative, la direction, l'organisation et l'administration des congrès ».

Ce « but bien défini », cette « immixtion durable » n'existent que dans l'imagination de M. Antheaume.

Quels étaient, en effet, les membres de ce Comité permanent nommés par l'Assemblée générale du Congrès de Lille ?

MM. Régis, Vallon, Arnaud, Giraud, quatre aliénistes sur six, et non des moindres ; plus un neurologiste : le Pr Raymond, qui, d'ailleurs, n'est jamais venu aux réunions du comité ; et M. Crocq, représentant d'un des pays de langue française.

Les aliénistes n'étaient-ils pas prépondérants par leur nombre et par la valeur de leurs représentants ?

Et, par la suite, dans le Comité permanent, il en fut toujours ainsi.

« Que faut-il penser de l'accession d'un neurologiste aux fonctions de secrétaire permanent ? », a demandé M. Antheaume.

Ce qu'il en pense, il l'a dit, et en des termes qui m'autorisent à ajouter ce qu'il n'a pas dit, mais ce que chacun sait bien : c'est son dépit de n'avoir pu occuper ce poste de confiance.

Nul doute que, s'il l'eût obtenu, il y eût introduit un esprit et des procédés tout différents. Mais il faut croire qu'il n'avait pas su s'attirer la confiance du Congrès, puisque, par la suite, et par deux fois, les fonctions de secrétaire permanent ne lui furent pas attribuées et que, très heureusement, M. Semelaigne, puis M. René Charpentier, en sont devenus les titulaires.

Ce qu'a aussi négligé de remarquer M. Antheaume, c'est qu'au temps déjà lointain où un neurologiste occupait le secrétariat permanent — cette « immixtion durable » ne dura, notez-le bien, que 4 années, — ce fut justement l'époque où les neurologistes adhérèrent en plus grand nombre au Congrès.

C'est M. Antheaume lui-même qui les a comptés : 1907, Genève, 23 ; 1908, Dijon, 22 ; 1909, Nantes, 21 ; 1910, Bruxelles, 19 ; moyenne : 21.

Tandis que les années précédentes la moyenne des neurologistes n'était que de 11 par session. Le nombre des neurologistes avait donc doublé.

Et si, par la suite, ce nombre ne s'est pas accru davantage, c'est que les bourdonnements de M. Antheaume autour du Congrès n'étaient guère faits pour y attirer les travailleurs de la neurologie.

Mais voici le principal grief imaginé par M. Antheaume contre les neurologistes : l'institution de Réunions Neurologiques par la Société de Neurologie de Paris.

Et là-dessus, il tonne, il fulmine : « grave, très grave « dérogation à l'accord en vigueur..., rupture du pacte de « la Rochelle..., création d'un état de choses incorrect au « mépris des conventions, etc... Ce n'est (*sic*) tout de même « pas les aliénistes qui ont commencé ce sectionnement », écrit-il en son langage très personnel.

Quel pacte ? Quelle dérogation ? Quelle incorrection ? Quel sectionnement ?

Devant ce verbiage, on est d'abord ahuri, puis, selon son tempérament, on sourit ou l'on s'indigne. Mieux vaut sourire.

Je crois être mieux placé que personne pour savoir ce que sont les Réunions Neurologiques, car, loin de « décliner toute responsabilité » dans leur institution, j'en revendique l'initiative, je suis fier d'avoir contribué à leur succès, et j'ai la certitude qu'elles ne sont pas préjudiciables à ce Congrès.

A qui fera-t-on croire que j'aurais proposé ces Réunions en 1920, si j'avais eu l'idée qu'elles pussent discréditer un Congrès que je devais présider l'année suivante ?

Si détaché que je sois des pompes officielles, c'eût été de ma part une singulière aberration, et je ne parle pas de ce qu'un tel calcul aurait eu d'outrageant pour ceux qui m'avaient fait l'honneur de m'appeler à la présidence.

Comprenne qui pourra les fantaisies contradictoires de M. Antheaume.

Je tiens à bien préciser ce que sont ces Réunions Neurologiques, car M. Antheaume s'efforce de les représenter faussement.

Il existe à Paris, depuis 1899, une Société de Neurologie.

Chaque année, depuis 1920, cette Société met à l'étude une question d'actualité de son ressort, une seule. Ses membres, français et étrangers, se réunissent en séances supplémentaires, pour se communiquer leurs idées et leurs travaux sur cette question, et rien que sur cette question.

A cette Réunion, ils demandent à quelques personnalités françaises ou étrangères, s'intéressant au sujet débattu, d'apporter le concours de leur savoir, sans aucune cotisation.

C'est tout.

Plusieurs Sociétés, en France, ont institué des réunions annuelles analogues, et cette méthode de travail a été adoptée aussi à l'étranger. Elle n'a rien de commun avec les Congrès internationaux avec lesquels on voudrait à tort la faire confondre. Son but et son fonctionnement diffèrent également de ceux de ce Congrès.

D'ailleurs, la Société de Neurologie est seule juge de l'organisation de ses travaux ; elle n'a qu'un objectif : le progrès scientifique.

Elle n'a rompu aucun pacte, n'en ayant conclu aucun.

Mais son indépendance ne lui fait point oublier ses devoirs vis-à-vis des autres travailleurs. A l'égard des aliénistes, elle a témoigné, à plusieurs reprises, mieux que de la correction : un désir sincère de collaboration cordiale.

La date de la Réunion Neurologique annuelle a été à dessein suffisamment éloignée de celle du Congrès pour ne pouvoir lui nuire ; en même temps, elle a été rapprochée de celle de la séance solennelle de la Société médico-psychologique pour faciliter entre aliénistes et neurologistes des contacts utiles aux uns comme aux autres.

Sans doute, cette année, le rapprochement n'a pas été aussi marqué que les années précédentes. J'ai donné ailleurs la raison de cette exception : les fêtes du centenaire de Pasteur. Mais cette raison, devant laquelle chacun s'incline, ne provoque chez M. Antheaume que des réflexions ironiques. Il faut l'en plaindre.

M. Antheaume ne se lasse pas de reprocher à la Société de Neurologie d' « inviter » les Aliénistes à ses Réunions annuelles.

Je crois avoir déjà montré l'absurdité de ce reproche. J'ajouterai ceci : suivant la question débattue, semblables invitations ont été envoyées, tantôt aux ophtalmologistes, tantôt aux radiologues, aux dermatologistes, aux chirurgiens. De la meilleure grâce, ils sont venus apporter le concours de leurs compétences.

A toutes les Réunions Neurologiques, les psychiatres ont été invités, car il n'est peut-être pas une seule question de neurologie sur laquelle ils ne puissent donner d'utiles avis.

Et, l'an dernier, ce fut à un aliéniste honoré de tous, M. Briand, que fut confiée la présidence d'une des séances de la Réunion.

Enfin, pour ce qui concerne ce Congrès, notre président, M. Colin, qui a bien voulu honorer la dernière Réunion Neurologique de sa présence, est là pour témoigner qu'au cours d'une des séances, un appel a été adressé publiquement à tous les assistants, pour les engager à participer au Congrès de Besançon.

De fait, les Réunions Neurologiques ont-elles fait diminuer le nombre des neurologistes qui participent à ce Congrès ? — Nullement.

Prenons, vaillent que vaillent, les chiffres donnés par M. Antheaume.

La moyenne des Neurologistes pour les 22 dernières sessions serait de 15 par session.

Or, depuis l'institution des Réunions Neurologiques, en 1920, on relève avec M. Antheaume :

En 1920, à Strasbourg.........	17	Neurologistes
En 1921, à Luxembourg.......	18	—
En 1922, à Quimper............	9	—
Total	44	—

Soit une moyenne de 15 pour les 3 dernières sessions, c'est-à-dire la même qu'avant la création des Réunions Neurologiques.

Et si, au lieu des chiffres sélectionnés de M. Antheaume, on compte le nombre des membres de la Société de Neurologie qui ont adhéré au Congrès pendant la même période, on trouve : à Strasbourg, 32 ; à Luxembour,g 33, à Quimper, 32 ; à Besançon, 40.

Il n'est donc pas vrai de dire que les réunions Neurologiques ont causé un fléchissement dans le nombre des neurologistes qui s'inscrivent au Congrès. C'est le contraire qui tend à se produire.

Non ! Le danger des Réunions Neurologiques pour ce Congrès, dans le présent comme dans l'avenir, n'existe pas.

Ce fut un épouvantail fabriqué de toutes pièces par M. Antheaume, et contre lequel il est parti en guerre à la façon du héros de Cervantès contre des moulins à vent.

Examinons maintenant la réforme que propose M. Antheaume. Ce sera bref.

Ce Congrès, prétend-il, ne serait pas supprimé, mais « soumis à une orientation scientifique mieux définie. »

— Laquelle ?

« Tous les efforts convergeraient vers les questions de médecine mentale, d'assistance, de thérapeutique psychiatrique et de médecine légale psychiatrique ». On n'en exclurait pas les travaux de neuro-psychiatrie.

— Parfait.

Or, quel est, à l'heure actuelle, le but du Congrès ? Le voici, défini en toutes lettres par le Règlement : « Son but est l'étude et la discussion des questions concernant la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale et l'assistance des aliénés. »

C'est exactement la même chose.

Morale : Encore beaucoup de bruit pour rien.

On sait que, parmi les préoccupations de M. Antheaume, les questions scientifiques ne tiennent qu'une très faible place.

Ce qu'il souhaitait, au début, ce n'était ni plus ni moins que l'éviction des neurologistes de ce Congrès. Mais il s'est aperçu que cet absolutisme ne serait pas sans danger. Aussi apporte-t-il maintenant des atténuations à son « exclusive ». Il se contente de refuser aux neurologistes toute participation à « l'initiative, la direction, l'organisation et l'administration » du Congrès.

Les Aliénistes, clame-t-il, en ont assez d'être « manœuvrés ».

Je crois, en effet, que beaucoup d'aliénistes sont peu désireux de se mettre sous le joug d'un protecteur qui cherche à s'imposer à eux avec fracas, et auquel il ne déplairait sans doute pas de devenir leur dictateur.

Même atténuée, la réforme proposée serait aussi inconvenante qu'inexplicable à l'égard des neurologistes qui ont fréquenté et fréquentent encore le Congrès.

De quel droit, pour quelle cause, en ferait-on subitement des comparses, après les avoir traités en égaux pendant près de trente années ?

A-t-on pensé à l'effet que produirait ce revirement sur les neurologistes étrangers ? Comment n'a-t-on pas réfléchi que ce serait un acte anticonfraternel et antifrançais ?

Et tout cela, parce que tel serait le bon plaisir de M. Antheaume !.....

En vérité, une telle aberration ne peut s'expliquer que par une phobie spéciale : la phobie des neurologistes.

Au milieu de tant de récriminations sans causes et d'affirmations sans preuves, on a été stupéfait d'apprendre par M. Antheaume qu'il avait l'entière approbation du Professeur Claude.

Tant que M. Claude ne l'aura pas confirmé lui-même, on tiendra cette assertion pour nulle et non avenue.

Personne ne voudra croire que M. Claude, dont le passé neurologique, encore tout récent, est d'importance, — qui présidait, il a deux ans, la Société de Neurologie et la Réunion neurologique annuelle, — ait accordé le crédit de son nom et de son titre à des allégations fallacieuses, ni qu'il soit partisan de mesures pouvant offenser ses collègues.

Mais en voilà assez, je pense pour montrer le cas qu'il convient de faire des imaginations de M. Antheaume.

C'était un devoir de salubrité morale que de balayer ces racontars vénéneux.

Tout, au contraire, dans ce Congrès, tout contribue à rapprocher Aliénistes et Neurologistes, les travaux et les excursions.

Dans celles-ci, le hasard se charge souvent d'établir des contacts où s'évanouissent des préventions injustifiées.

Tel médecin d'asile qui regardait avec méfiance un professeur ou un agrégé, est amené à reconnaître qu'en dépit de ses titres ce personnage officiel est, dans l'intimité, d'un commerce affable, et se montre un confrère dévoué à l'occasion.

Tel neurologiste, qui croyait à tort que les aliénistes étaient ignorants de sa science, découvre chez son voisin de table ou de voiture un médecin d'asile capable d'aborder avec lui les questions les plus techniques de la neurologie.

Ainsi se révèlent des affinités insoupçonnées ; ainsi se cimentent entre Congressistes des ententes, dont beaucoup sont plus qu' « à peu près cordiales », pour employer, en le renforçant, le mot de M. Arnaud.

Au lieu de cultiver ces germes de bonne camaraderie, si

profitables à l'œuvre scientifique, on a attisé les soupçons et les jalousies, en imaginant je ne sais quelle différence de caste, entre les travailleurs qui se présentent, tous égaux, devant ce Congrès.

Messieurs, cela ne fut ni beau ni bon.

N'écoutez plus jamais cette cloche d'alarme qui, à vrai dire, sonne un peu le fêlé.

Et maintenant, envisageons la question du point de vue scientifique, le seul qui importe ici.

Est-il désirable, est-il même possible, d'établir une démarcation entre la Neurologie et la Psychiatrie ? Vraiment non. Car où commence l'une, où finit l'autre science ?

Leur interpénétration, qui semble banale aujourd'hui, avait été prédite dans ce Congrès même, et vivement encouragée.

Lorsque Grasset, en 1906, présida la session de Lille, son discours d'ouverture eut pour thème « l'unité de la neurobiologie humaine », conception dont M. Claude s'est montré le partisan convaincu en instituant des Réunions biologiques neuro-psychiatriques. Grasset disait : « La psychiatrie et la neurologie étudient le même objet, appliquent les mêmes méthodes, poursuivent le même but. »

Des idées de Grasset, — neurologiste, — rapprochez ces pensées formulées, il y a deux ans, par un aliéniste universellement respecté, M. Séglas : « La psychiatrie doit cesser d'être aussi à l'écart qu'elle le fut jusqu'à ce jour..... » « c'est peut-être le psychiatre qui doit être de tous les spécialistes, le moins spécialisé. »

Ces vues larges, désintéressées, inspirées par le savoir et l'expérience, ont été aussi celles de Brissaud, Joffroy, Gilbert Ballet, Dupré, etc...

Et je pense, non sans émotion, à notre grand et regretté Régis, qui pendant si longtemps fut l'âme de ce Congrès. Son solide jugement et son ardent patriotisme n'eussent pas manqué de se révolter contre un projet rétrograde, capable de nous discréditer à l'étranger.

Est-ce à dire que ce Congrès doit être immuable ? Sûrement non.

Tout organisme scientifique doit suivre l'évolution des

idées et des méthodes de travail, comme aussi celle des conditions économiques. Depuis ces dernières années, les unes et les autres ont subi d'importants changements. Ce serait une faute que de n'en pas tenir compte.

Le Congrès doit chercher à s'adapter aux besoins et aux aspirations du jour. Mais, pour ce travail de perfectionnement, qui exige mûre réflexion, c'est au Congrès lui-même à prendre les initiatives nécessaires.

Je suis certain que ceux qui ont le souci et la charge d'assurer sa réussite n'y failliront pas.

Je conclus :

Dans ce Congrès, un divorce entre Aliénistes et Neurologistes n'est ni légitime, ni désirable, ni même possible.

Y souscrire, ce serait déchaîner une hérésie scientifique et des conflits misérables.

Au contraire, il faut s'efforcer de rallier ici tous les travailleurs capables d'aider à résoudre les problèmes neuro-psychiatriques.

En attirant les activités laborieuses vers son but à la fois scientifique et humanitaire, ce Congrès a servi et doit servir encore à soutenir le bon renom de la psychiatrie française.

Il doit vivre et prospérer, dans une atmosphère de clarté et de concorde.

Messieurs,

J'ai dit tout ce que m'inspirait ma conscience révoltée et mon souci d'un labeur honnête, paisible et fructueux.

Je l'ai dit en pleine franchise, devant les membres de ce Congrès, qui sont seuls juges de décider de son avenir.

Ceci fait — une fois pour toutes — je pense que l'on me pardonnera si, négligeant les polémiques passées, présentes ou futures, d'où qu'elles viennent, je me consacre désormais aux fonctions qui m'ont été confiées l'an dernier, et où la fréquentation des arts conduit à regarder avec une sérénité indulgente les médiocrités d'ici-bas.

Mais je garderai toujours un ferme attachement au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, et j'espère bien voir l'an prochain célébrer, à Bruxelles, ses noces d'argent.

M. Jean Lépine. — Je suis bien obligé de prendre la parole à mon tour, puisque je suis un des responsables des « irrégularités » que l'on reproche à l'Assemblée générale de Quimper. Je n'aurai pas besoin, heureusement, d'entrer dans des détails aussi complets que ceux que Meige vous a donnés avec sa scrupuleuse conscience et une patience digne d'éloges. Ma justification tient dans ce fait que, si le vote pour la vice-présidence de cette année n'a pas été fait au scrutin secret, c'est que l'Assemblée, consultée par moi, a voulu voter par acclamations. Je n'ai pas insisté, ne supposant pas que les sympathies qui avaient accueilli la candidature de notre ami de Massary auraient cette année une aussi lamentable contre-partie. J'avais eu l'idée de cette candidature, et je n'avais pas été le seul. Le jour où il s'était agi d'appeler à la présidence de Bruxelles quelqu'un qui pût représenter dignement le Congrès, avec ces qualités d'éducation, de courtoisie, de tact qui sont d'autant plus nécessaires que nous sommes des invités en pays ami, et qui eût en même temps l'autorité d'un long passé scientifique, j'avais pensé que le nom de de Massary s'imposerait à tous...

(L'Assemblée applaudit longuement et acclame M. de Massary.)

Certains ont pensé qu'ils étaient plus désignés que lui pour cette place. Vous apprécierez.

Je ne veux pas m'arrêter sur les projets de scission dont on nous menace. Les raisons qu'on nous donne ne valent pas une discussion, et on ne peut plus nous cacher qu'elles ne sont que des prétextes. Nous savons que dans tout ce bruit, auquel je suis bien convaincu que notre ami Claude n'est pas mêlé, comme on voudrait nous le faire croire, il n'y a qu'une déception personnelle. J'en suis navré, mais n'y puis rien. J'ai bien senti, dès le Congrès de Quimper, que cette déception se traduisait chez notre ami Antheaume par un pessimisme excessif : je ne retrouvais plus son ancienne cordialité. Ce sont de petites choses, de même qu'il est petit de lancer à distance des accusations que personne ne vient aujourd'hui défendre ici. Ce procédé, de même que le singulier plébiscite que vous savez, doivent avoir une sanction. Puisque vos anciens secrétaires permanents, qui ont tant fait pour ces Congrès, ont été l'objet d'attaques injustes, je vous demande de leur manifester une sympathie qui les venge de

l'ingratitude qu'on leur a manifestée. Et quant à la modification demandée dans la constitution de nos Congrès, voici ce que j'en pense : en premier lieu, il eût été nécessaire de connaître l'avis de nos collègues étrangers. Ensuite, si, pour ma part, j'étais prêt à étudier sans esprit préconçu toute idée raisonnable, je vous demande aujourd'hui d'écarter même l'examen de la proposition qui vous est faite sous la menace d'une scission. Nous n'avons d'ordres à recevoir de personne, et, quels que soient les services que l'on a pu rendre dans le passé, nous sommes libres de nos déterminations.

Notre adversaire a rendu Brissaud responsable de la situation dont il se plaint. Je ne pense pas qu'il ait été bien inspiré en évoquant cette figure, aussi chère qu'elle est grande. Vous avez, en effet, à choisir entre deux attitudes, j'allais dire entre deux politiques : d'une part, la cordialité affectueuse de ces réunions intimes, où nous nous connaissons mieux chaque fois, où nul dans le passé ne cherchait de préséance déplacée, et de l'autre l'agitation brouillonne et l'ambition intrigante. Je suis bien tranquille, mes chers amis, je sais que vous avez choisi.

M. Anglade affirme que les aliénistes restent de cœur attachés au Congrès tel qu'il existe actuellement.

M. Arnaud, se plaçant uniquement au point de vue de l'avenir du Congrès, rejette toute idée de scission.

M. de Massary parle dans le même sens.

M. Sollier propose l'ordre du jour suivant :

« Les médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française, réunis dans leur 27e Congrès à Besançon, convaincus de l'utilité à la fois scientifique et confraternelle de leur union, et regrettant la campagne qui a été menée dans le but de les séparer, décident le maintien de leur Congrès annuel dans les mêmes conditions que précédemment. »

Il est procédé au vote par appel nominal.

L'ordre du jour proposé est voté à l'unanimité de 92 membres adhérents présents à l'Assemblée générale.

ORGANISATION DE LA SESSION DE 1924.

Le lieu de la XXVIII[e] session a déjà été fixé à Bruxelles par la précédente Assemblée générale, pour répondre à une invitation faite par M. le D[r] Glorieux, au nom du Gouvernement Belge, invitation acceptée à l'unanimité par acclamations par l'Assemblée générale tenue à Quimper le 4 août 1922.

Le vice-président de la session actuelle, M. E. de Massary, en sera de droit président. (Acclamations unanimes).

Conformément à l'usage établi chaque fois que le Congrès tient une session hors de France, un président belge est également désigné. Le D[r] Glorieux est désigné à l'unanimité par acclamation.

Il est procédé ensuite à la nomination d'un vice-président.

Le vote, au scrutin secret, donne les résultats suivants :

Votants : 92. — Majorité absolue : 47.

Ont obtenu :

MM. Anglade	90 voix, élu.
Antheaume	1 —
Bulletin blanc	1 —

M. le D[r] Anglade (de Bordeaux) est nommé *vice-président* pour la XXVIII[e] session et sera, conformément au règlement, président de la XXIX[e] session.

M. le Prof. Aug. Ley (de Bruxelles) est ensuite désigné à l'unanimité des membres adhérents présents pour remplir les fonctions de *secrétaire général.*

A l'unanimité sont désignés pour les Rapports à présenter à cette session les sujets et les rapporteurs suivants :

Psychiatrie : « *Une des formes de l'Enfance anormale : la Débilité mentale* », par MM. les D[rs] Th. Simon (de Paris) et Vermeylen (de Gheel).

Neurologie : « *Comment étudier les troubles du Langage* », par M. le professeur agrégé Froment (de Lyon).

Assistance : « *L'adaptation du malade mental à son milieu, spécialement dans l'assistance familiale* », par M. le D[r] Sano (de Gheel).

En présence de deux invitations pour le siège de la XXIXe session (1925) : l'une faite l'an dernier par M. Maurice Quentin, au nom du Conseil municipal de Paris, l'autre, récente, de M. le Préfet de la Seine-Inférieure, de fixer à Rouen le siège de cette session, à l'occasion du Centenaire de l'Asile Saint-Yon, l'Assemblée générale décide de choisir Paris comme siège de la session de 1925 du Congrès des aliénistes et neurologistes.

M. le Dr Anglade (vice-président de la XXVIIIe session, sera de droit président de la XXIXe session, conformément au règlement. (Acclamations unanimes).

Pour tenir compte des suggestions présentées par M. Maurice Quentin, il est unanimement décidé de changer la date habituelle de la session, à cause de l'inopportunité de tenir un Congrès à Paris au mois d'août. Conformément aux précédents (Marseille, Tunis, etc.), la session ne se tiendra pas en août. Sur la proposition du Comité permanent, l'Assemblée générale décide de la fixer à la fin du mois de mai et au commencement du mois de juin 1925.

Comme conséquence, tant à cause de ce changement de date qu'à cause des nécessités d'organisation, l'Assemblée générale décide de choisir immédiatement le secrétaire général chargé d'organiser la session de Paris, les Rapports et les Rapporteurs. Le Vice-Président sera désigné par l'Assemblée générale de Bruxelles, en 1924.

A l'unanimité, M. le Dr Dupain, Médecin en chef honoraire des Asiles de la Seine, est désigné pour remplir les fonctions de Secrétaire général.

L'Assemblée décide ensuite les questions qui seront mises à l'étude pour cette session et désigne à l'unanimité les rapporteurs suivants :

Psychiatrie : « *La Guérison tardive des maladies mentales* », par le Dr Jean Robert, Médecin-Directeur de l'Asile d'Auch ;

Neurologie : « *Les Encéphalopathies familiales infantiles* », par le Dr O. Crouzon, Médecin des Hôpitaux de Paris ;

Médecine légale : « *La Médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique* », par M. le Dr Marcel Briand, médecin en chef honoraire des Asiles de la Seine.

Sur la proposition du secrétaire permanent, motivée par une lettre de M. le Professeur Crocq (de Gand), l'Assemblée générale décide de demander aux Ministères de l'Instruction publique des pays de langue française de bien vouloir à l'avenir se faire représenter officiellement au Congrès.

La séance est levée à 17 heures 30'.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

Après la séance de l'après-midi du jeudi 2 août, les congressistes visitèrent la Maison d'Enfants des Salins de Brégille, située sur un plateau qui domine la ville ; cette visite eut lieu sous la conduite du Docteur Dasse, qui dirige cet établissement de prophylaxie contre la tuberculose : en dégustant les rafraîchissements qui y furent offerts, les Congressistes purent admirer le panorama splendide dont on y jouit.

Dans la soirée, à 20 h. 30, au théâtre municipal, M. G. Gazier, conservateur de la bibliothèque de Besançon, a fait aux congressistes une très intéressante conférence sur *Besançon et la Franche-Comté.*

M. le Docteur Henri COLIN, président du Congrès, présente le conférencier dans les termes suivants :

MESDAMES, MESSIEURS,

Permettez-moi de vous présenter M. Georges Gazier, Conservateur de la Bibliothèque publique de Besançon, qui a l'extrême amabilité de nous faire ce soir une conférence sur Besançon et la Franche-Comté.

Je dis l'extrême amabilité, car n'en est-ce pas une à cette époque de l'année que de retarder volontairement l'époque de ses vacances pour venir vous instruire et vous distraire en même temps. Je suis sûr d'être votre interprète en l'en remerciant bien vivement.

Du reste, M. Gazier n'avait pas besoin d'être présenté. Nous le connaissons tous, nous savons quelle a été l'œuvre magnifique de son père, œuvre à laquelle le tricentenaire de Pascal donne une nouvelle consécration.

Nous le connaissons lui-même par son très beau livre sur la Franche-Comté, que je vous engage tous à lire si vous ne l'avez déjà fait.

M. GAZIER prend alors la parole. Sa causerie, dit-il, a pour but de préparer nos visiteurs à la visite qu'ils feront demain

et samedi de Besançon et de la région ; il va ainsi leur fournir le fil conducteur qui leur permettra de se promener à travers vingt siècles d'histoire.

Besançon fut fondé, selon les uns, 222 ans après le déluge par un petit-fils de Noé; selon les autres, 234 ans avant Rome. Les Bisontins se contentent de dire que l'origine de leur ville « se perd dans la nuit des temps ».

Le conférencier donne un aperçu de la situation de notre cité, presqu'île entourée d'eau de trois côtés et fermée, du quatrième, par un rocher. Au point de vue économique, la proximité des forêts et des mines de sel présentait, au moment de sa fondation, des avantages incomparables.

César arriva dans Vesontio en 58 avant Jésus-Christ, et, dans ses *Commentaires,* il en vante la valeur stratégique. Au IIIe siècle, la ville était très prospère, mais les barbares germains l'incendièrent au IVe siècle, et l'empereur Julien qui, en 361, vint visiter notre région, en a fait, dans une lettre, un tableau désolant ; tout y était détruit.

Nous voyons ensuite, sous le règne de Constantin, une nouvelle Vesontio ; on y trouve un évêque et deux basiliques : Saint-Etienne et Saint-Jean, construites par l'impératrice Hélène, mère de Constantin, quand les Burgundes s'emparent de la ville. Un peu plus tard, les Hongrois se jettent sur la Burgundie, et notre cité est de nouveau dévastée par l'incendie.

Au XIe siècle, Hugues de Salins arrive, il entreprend la reconstruction de la ville ; il est alors l'évêque et le seul maître. Deux siècles plus tard, se produit un mouvement d'émancipation ; les bourgeois secouent la tutelle du seigneur ecclésiastique et prennent leurs affaires en mains. Besançon devient alors ville libre et le demeure jusqu'à la conquête de 1674.

Le conférencier cite, en passant, l'hôtel de ville, construit en 1563.

Au XVIe siècle, Besançon connaît une période de paix complète ; de grandes fortunes s'édifient. On voit le descendant d'un modeste forgeron d'Ornans, Nicolas Perrenot de Granvelle, construire le palais qui porte son nom et dans lequel lui d'abord, et ses descendants ensuite, accumuleront les richesses, meubles, tableaux, statues, livres. A cette époque, des artistes se révèlent, tels que l'architecte Hugues Sambin.

Le XVIIe siècle n'a pas laissé de traces chez nous, car ce fut

une époque sombre, désolée par la famine, la peste, les guerres.

La conquête française de la Franche-Comté, en 1674, fait cesser cette décadence et l'histoire de Besançon se confond alors avec l'histoire de France.

Louis XIV fait de la cité une place forte pour se protéger contre l'ennemi de l'Est ; il fait construire par Vauban les fortifications. Besançon devient la capitale de la province, au détriment de Dole, dont la situation est jugée trop excentrique.

Le gouvernement de la Franche-Comté se transportant dans notre cité, il faut loger tous les fonctionnaires. On construit des quartiers nouveaux, et cet embellissement se poursuit sous le règne de Louis XV.

Au XIXe siècle, la ville déborde ses fortifications et se modernise. C'est à partir de cette époque qu'elle perd de son originalité au profit du confort.

Le conférencier termine sa causerie en déclarant que les Bisontins sont très fiers de leur vieille cité.

Une série de projections a terminé l'intéressante conférence de M. Gazier. Elle nous a permis d'admirer les plus beaux restes des siècles passés, les édifices historiques, ainsi que les tableaux et sculptures qui font l'orgueil de notre musée.

⁂

Après les séances de l'après-midi du vendredi 3 et du samedi 4 août, les congressistes visitèrent la ville de Besançon, sous la conduite de M. Cellard, architecte, qui sut, avec sa remarquable compétence, leur faire apprécier toutes les curiosités archéologiques et artistiques de la vieille cité ; nous ne les énumérerons pas ici : qu'il nous suffise de rappeler que la première exploration fut consacrée surtout à la Citadelle, dont l'entrée fut autorisée grâce à la bienveillance de M. le Général Nudant, commandant le 7e Corps d'Armée. Du haut des remparts de cette citadelle, construite par Vauban, les congressistes jouirent d'un point de vue merveilleux sur la ville, le Doubs, les forêts et les montagnes voisines.

Au cours de la visite du samedi, M. Bacou, Préfet du Doubs, eut l'amabilité de recevoir les congressistes dans les jardins de la préfecture où il leur offrit du champagne frappé,

surprise très agréable par cette journée estivale. Au Palais de Justice, M. le Conseiller Billard, Président de Chambre à la Cour d'appel, voulut bien recevoir les Congressistes et les diriger dans les belles salles de ce palais, délicieux ouvrage de la Renaissance. — La visite se termina par les Musées.

Le soir, à 8 h. 30, avait lieu, dans le grand salon de l'Hôtel de Ville, une réception offerte aux congressistes par la municipalité de Besançon, à laquelle assistaient les notabilités civiles et militaires de la ville.

M. DUCRET, adjoint, représentant M. Krug, Maire, empêché, prononça l'allocution suivante :

Permettez-moi, mesdames, de vous remercier d'avoir répondu si nombreuses à notre invitation. Votre grâce et votre charme font oublier les mots barbares de psychiatrie et de neurologie si souvent prononcés ces jours-ci.

MESSIEURS,

M. le maire m'a tout particulièrement chargé d'être son interprète auprès de vous en vous exprimant ses vifs regrets de n'avoir pu présider cette réunion, que les hautes autorités civiles et militaires de notre ville ont bien voulu honorer de leur présence. J'espère que vous voudrez bien excuser M. Krug, qui aurait été heureux de souhaiter la bienvenue dans notre vieil hôtel de ville, à tous les membres du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, organisé avec une rare compétence, par M. le docteur H. Colin, président ; M. le docteur de Massary, vice-président, et par M. le docteur Santenoise, secrétaire général.

M. le maire n'aurait pas manqué d'adresser le salut le plus cordial de la ville de Besançon à M. l'inspecteur général Rondel, représentant le ministre de l'hygiène ; à M. le médecin-major Jude, professeur au Val-de-Grâce, délégué par M. le ministre de la guerre, à M. le médecin de 1re classe de la marine Hesnard, délégué par M. le ministre de la marine ; à M. Rébeillard et à M. le docteur Calmels, délégués du conseil général de la Seine ; à M. Michel, conseiller à la Cour d'appel de Paris et membre de la commission de surveillance des aliénés.

La municipalité et le conseil municipal sont aussi particulièrement touchés de la présence, à notre réception, de délégués de nations alliées ou amies. Ce n'est pas sans émotion, me souvenant des années douloureuses, que j'adresse l'expression de notre vive sympathie à M. le docteur Glorieux médecin inspecteur général des asiles et colonies d'aliénés du Royaume de Belgique, et à M. le professeur Auguste Ley, de l'Université de Bruxelles. Je salue aussi bien cordialement M. le docteur Repond et M. le Professeur Schnyder, délégués par les sociétés suisses de psychiatrie et de neurologie ; M. le docteur Welter, délégué officiel du gouvernement du Luxembourg ; M. le professeur Auguste Wimmer, délégué de la Faculté de médecine de Copenhague ; M. le docteur Salvador Vivès, délégué de l'Académie des sciences médicales de Catalogne, et enfin tous les représentants des délégations qui ont bien voulu nous faire l'honneur de leur visite et tenir à Besançon les assises de votre 27[e] congrès.

Dans une atmosphère de parfaite cordialité, vous avez pu y discuter les graves problèmes qui vous préoccupent ; puis, dans les moments libres que vous ont laissés vos travaux, vous vous êtes reposés en parcourant notre vieille et intéressante cité. Grâce aussi aux deux visites faites hier et aujourd'hui, sous la direction de notre sympathique compatriote M. l'architecte Cellard, que je remercie au nom de la municipalité, vous avez vu une partie de nos monuments attestant l'ancienneté de notre histoire locale ; cet aperçu, complété par l'excursion que vous devez faire dans les hautes montagnes, vous démontrera que notre région ne le cède en rien à d'autres, quelles qu'elles soient, même à l'étranger. J'espère que vous y reviendrez individuellement, désireux de la connaître à fond, et je puis vous assurer que vous serez toujours accueillis par les Franc-Comtois, et en particulier par les Bisontins, avec sympathie et cordialité.

Ces paroles furent vigoureusement applaudies.

M. le docteur Henri Colin, président du congrès, prit ensuite la parole en ces termes :

Monsieur le Maire,

Au nom des membres du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française,

je vous remercie, ainsi que les membres de la municipalité de la ville de Besançon, de l'accueil charmant qui nous a été réservé.

Depuis notre arrivée ici, nous allons de surprises en surprises. C'est d'abord votre beau pays qui nous a séduits, la situation incomparable de votre magnifique cité, et, ce soir, vous nous faites l'honneur de nous recevoir dans cet hôtel de ville majestueux, dans cette maison imposante qui porte fièrement au front la marque de ses libertés, tout en même temps que celle de ses origines, dont M. Gazier a bien voulu nous expliquer le symbole.

Ville libre, ville principale, plus tard capitale du comté de Bourgogne, peut-on appeler Besançon une ville espagnole ? Ce qualificatif, dû à la fantaisie d'un grand poète, est inexact, comme bien des choses qui relèvent de la poésie.

Et nous savons que vous ne l'admettez pas, et nous savons que cette épithète vous est désagréable, avec raison. Espagnole, Besançon l'a été si peu ! quelques années tout au plus.

Ville impériale, oui, sort qu'elle partagea du reste avec Marseille et Lyon, au temps où un peu partout les pays changeaient de suzeraineté au hasard des conquêtes et surtout des héritages.

En réalité, la vieille ville gauloise, la vieille cité romaine était une ville libre et cette liberté, elle la défendait avec acharnement, quand les grands artisans de l'unité française, Philippe le Bel, Louis XI, Richelieu, voulaient l'incorporer à la nation.

Mais, ville libre de culture toute française. Je n'en veux pour preuve que la création par Jeanne, en 1331, de ce collège de Bourgogne où vous alliez étudier à Paris et qui devint plus tard partie du lycée Louis-le-Grand.

Ville libre, ville comtoise, vous l'étiez sous vos ducs de Valois, et vous l'êtes restée sous Charles-Quint, quand votre Granvelle était garde des sceaux de l'empereur, quand les Comtois Jean d'Andelot, Grospain, Mérey, de Montmartin, s'emparaient de François Ier à Pavie.

Vous refusiez les gabelles, vous disiez avec ironie : « Au delà du chemin romain, qui va de Besançon à Langres, sont les gabelles, impôts et servitudes royales ; en deçà, les nobles libertés de la franche terre de Bourgogne. »

Il est vrai que, depuis, on s'est rattrapé et qu'on vous a

fait payer un peu cher les privilèges que l'on vous a accordés.

Combien attachante toute cette histoire, jusqu'au jour où la grande Révolution a vraiment réalisé l'unité de notre pays.

Et alors quelle floraison d'hommes de guerre, de littérateurs, de savants issus de votre sol ! Et quels savants, et quels soldats ! La dernière guerre nous l'a encore montré.

Aussi, vous ne serez pas surpris si nous nous étonnons, si nous restons en admiration devant ces magnifiques monuments de la Renaissance et du XVIII[e] siècle que nous rencontrons chez vous à chaque pas.

Et la culture des arts, des sciences et de l'esprit est demeurée aussi vivace chez vous. Au surplus, que vous manque-t-il, puisque vous avez su tout réunir sous ce rapport et faire de votre cité non seulement une ville industrielle, mais un centre de culture universellement renommé.

Monsieur le maire, tout cela ne serait rien s'il ne venait s'y ajouter le charme des habitants, l'hospitalité franc-comtoise, le désir de plaire et d'être agréable que nous avons vu se manifester depuis que nous sommes ici.

Nous en emporterons un fidèle souvenir, et notre séjour à Besançon restera, j'en suis certain, marqué d'une pierre blanche dans la succession de nos congrès.

Le discours de M. Colin fut très applaudi.

On eut ensuite le plaisir d'entendre et d'applaudir des artistes bisontins. Un buffet chargé de rafraîchissements variés était installé dans un salon voisin.

***

Le dimanche 5 août eut lieu l'excursion à Dole et à l'Asile de Saint-Ylie.

Les congressistes, partis le matin de Besançon, arrivèrent à Dôle où des autobus les attendaient pour les conduire à Saint-Ylie. Ils furent reçus à l'asile par MM. Bierry, directeur, Santenoise et Desruelles, médecins chefs, sous la conduite desquels eut lieu la visite de l'établissement ; ils purent ensuite admirer, du parc de l'asile, le superbe point de vue sur la vallée du Doubs et les montagnes du Jura et se reposer quelques instants à l'ombre des arbres séculaires.

Ensuite les autobus ramenèrent tous les visiteurs à Dole où

eut lieu, à midi, dans la grande salle des fêtes de la ville, un banquet offert par l'Asile de Saint-Ylie et présidé par M. Guillemaut, Préfet du Jura.

Ce banquet, dont tout le mérite de l'organisation revient à M. le Docteur Bierry, directeur de l'Asile de Saint-Ylie, comportait un menu choisi, arrosé des meilleurs crus du Jura ; un orchestre composé d'artistes dolois fit entendre les meilleurs morceaux de son répertoire, et M. le Docteur Gonot, de Dole, charma l'assistance avec ses chansons anciennes de Franche-Comté.

Au dessert, de nombreux discours furent prononcés, qui tous furent chaleureusement applaudis.

Ce fut d'abord M. Bierry qui souhaita la bienvenue aux congressistes dans les termes suivants :

Mesdames,
Messieurs,

Voulez-vous permettre au Directeur de l'Asile de Saint-Ylie de vous dire que c'est avec une grande joie, une légitime fierté et une franche cordialité que cet asile, avec son personnel, reçoit le grand honneur de votre visite, bénéficiant ainsi de votre gracieuse démarche en sa faveur, et de la proximité du siège de votre Congrès dans la capitale de la Franche-Comté. Nous vous adressons nos meilleurs souhaits de bienvenue et nos sincères remerciements, à vous tout d'abord, M. l'Inspecteur Général, en vous priant de vouloir bien transmettre nos respectueux hommages à notre éminent chef, M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales, que nous saluions, à cette même table, il y a quelques jours seulement ; à vous Monsieur le Préfet du Jura, qui avez bien voulu accepter, avec votre bienveillance habituelle, la présidence de ce banquet, à MM. les représentants des Ministères de la Guerre et de la Marine, aux présidents d'honneur du Congrès, à son président le docteur Colin et à ses actifs et dévoués collaborateurs, le docteur de Massary, vice-président, et le docteur Santenoise, secrétaire général, à toutes les personnalités civiles et militaires, à l'assemblée de nos sommités médicales, médecins psychiatres et neurologistes, tant de Belgique, de Suisse, d'Espagne, de Luxembourg que de France, en un mot à vous tous qui avez répondu à notre invitation. Et à vous, Mesdames, qui ne craignez ni la fatigue, ni la tempéra-

ture pour être des nôtres, et qui rayonnez, permettez-moi de vous le dire, de votre grâce et de vos charmes et de l'éclat de votre beauté, nous présentons nos compliments et nos respects empressés et reconnaissants. Nous n'avons qu'un regret, c'est de vous voir bientôt partir, et qu'un désir, c'est que vous gardiez de cette trop courte réunion un souvenir quelque peu bienveillant. Nous devons encore remercier la municipalité de la ville de Dôle et en particulier son maire, pour avoir bien voulu nous prêter la nouvelle parure de sa ville, si belle et hospitalière, cette salle récemment inaugurée et déjà doublement illustre, car elle retentissait hier des échos des louanges adressées à la mémoire de notre grand Pasteur et de la voix vibrante du Chef de l'Etat, comme elle se rend célèbre aujourd'hui par la présence des autorités savantes de toute la France et des pays de langue française.

Je lève donc mon verre en votre honneur, Mesdames et Messieurs, comme en celui des personnages auxquels les devoirs ou les circonstances n'ont pas permis de se joindre à nous, tels M. le Préfet du Doubs, MM. les présidents des Assemblées départementales, et les secrétaires généraux des départements du Jura et du Doubs. Je bois enfin à la collaboration complète, à la fusion intime des travaux des aliénistes et des neurologistes pour des résultats féconds et pour le plus grand bien de la science et de l'humanité.

M. Guillemaut, Préfet du Jura, prit ensuite la parole :

Dans votre vie quotidienne, dit M. Guillemaut, vous êtes habitués à vous affranchir des fictions et bien peu de personnes sont moins aptes que vous à être dupes des mots.

M. le Préfet veut donc simplement remercier les aliénistes du grand honneur qu'on lui a procuré en l'invitant à prendre place au milieu d'eux.

Appelé à saluer cette élite constituée par le personnel médical des établissements d'aliénés et à dire sa gratitude pour la visite faite au bel asile départemental, administré, depuis plus de 20 ans, par M. le docteur Bierry, avec un dévouement, une intelligence et une activité qu'il se plaît à rappeler, il est heureux de recevoir les congressistes au nom du département du Jura.

Mais, à cette mission, le distingué docteur Santenoise savait bien que s'ajouterait pour le président de ce banquet la satis-

faction vive de saisir, aujourd'hui, une occasion particulièrement agréable de se rappeler son passage à l'école de Médecine.

Il n'aura garde, toutefois, d'oublier en ce moment les conseils de leurs maîtres communs. Ne nous ont-ils pas appris qu'il n'y a rien de plus dangereux que la demi-science, et que la prudence doit nous obliger bien souvent à douter de nous-mêmes.

Il ne peut ignorer cependant l'importance de ces réunions où se discutent tant de questions d'un haut intérêt général, où un administrateur aurait de si nombreuses connaissances utiles à acquérir et il ne veut taire son admiration pour la beauté de l'œuvre à laquelle se consacrent des hommes qu'animent un même amour du bien, une même aspiration vers le soulagement des misères et des souffrances les plus cruelles peut-être.

Comment d'ailleurs ces efforts ne seraient-ils pas appelés à être particulièrement efficaces ?

M. le Préfet voit dans l'aliéniste, à la fois médecin et philosophe, non le rêveur arrêté aux hautes conceptions et aux vaines constructions de la métaphysique, mais le penseur précis, obligé de se rendre compte à chaque instant de la contingence des faits, et de la valeur relative des théories en apparence les plus logiques.

Le psychiatre est le seul à bien lire tout ce qui est écrit sur le visage humain. Il ne connaît que la méthode expérimentale, le libre examen, source de tout progrès, de tolérance et de solidarité.

« La sympathie qui vous est témoignée par les pouvoirs publics, à chacun de vos voyages, vous montre de quelle haute estime sont entourés les neurologistes de notre pays et des pays amis. On voit partout en vous, non seulement les représentants d'une science bienfaisante entre toutes mais des hommes qui savent prodiguer les consolations de leur cœur aux malheureux pour lesquels elles constituent parfois de véritables remèdes.

« Tolstoï a dit que la science et l'art sont inséparables comme les poumons et le cœur, de sorte que si un de ces organes est dénaturé, l'autre ne peut pas fonctionner régulièrement. Plus que tous les autres savants, vous le prouvez chaque jour.

« Dans votre double rôle de protection de la société et d'amélioration de l'état des malheureux dont l'intelligence s'est évanouie, nul ne peut mieux que vous nous rappeler le mot du philosophe médecin Rabelais, affirmant que science sans conscience n'est que ruine de l'âme.

« Et c'est pourquoi tant de reconnaissance vous entoure et que partout on vous accueille avec une extrême cordialité. »

Ensuite M. Rondel, Inspecteur général des services administratifs, parla de l'intérêt que l'administration porte à la psychiatrie et aux savants. Les médecins, dit-il, peuvent compter sur l'aide efficace du Conseil supérieur de l'hygiène pour obtenir la réalisation de leurs vœux.

M. Pieyre, maire de Dole, et M. Palluy, président de la commission de surveillance de l'asile, prirent aussi la parole pour saluer les congressistes.

Tous les délégués étrangers, MM. Glorieux (Belgique), Repond (Suisse), Welter (Luxembourg), Wimmer (Danemark), Vivès (Espagne) prirent ensuite la parole pour apporter le salut fraternel de leur pays.

M. le Docteur Colin, président du Congrès, répondant aux précédentes allocutions, prononça alors le discours suivant :

Monsieur le Préfet,

Au nom des membres du Congrès, je vous remercie des paroles si aimables que vous venez de prononcer. Nous y sommes d'autant plus sensibles qu'elles émanent d'un confrère, le docteur Guillemaut, préfet du Jura.

C'est une joie pour nous de nous trouver dans cette ville de Dôle, l'un des pôles de la Comté, disai-je dernièrement, et le berceau des libertés démocratiques.

N'est-ce pas à Dôle que fut créé, par Philippe le Hardi, en 1386, le premier Parlement, le Parlement de Dôle, cour souveraine de justice, assisté par les Etats, maîtres de l'impôt.

Et ce parlement de Dôle, orgueil des grands bourgeois, détesté des barons et des nobles, pépinière de grands légistes, tel Nicolas Rolin, avait parfois la main lourde. Témoin l'exécution à Poligny, en 1455, de Jean de Granson.

Il y avait à Dôle une université, une école de droit célè-

bre, et le rêve de tout bourgeois comtois était de devenir conseiller à la cour de Dôle. C'est là que Charles-Quint choisissait ses grands officiers, de même qu'il s'entourait de gentilshommes comtois, tel le sire de Vaudrey, dit Vaudrey le Fol.

Combien d'autres souvenirs ne pourrions-nous pas rappeler. Il y a quelques instants, nous étions à Saint-Ylie et nous nous souvenions que Condé, en 1635, y avait établi son camp pour faire le siège de Dôle, qu'il dut lever au bout de trois mois.

C'est à Dôle qu'on peut juger de l'esprit comtois, épris des réalités, ennemi de l'éclat superficiel. N'est-ce pas l'esprit de Pasteur ?

Je suis déjà venu dans votre contrée, j'ai joui de vos paysages, je connais le Doubs, la Cuisance et la Loue, célébrés par Nodier et tant d'autres.

C'est qu'en effet, le meilleur, le plus intime de mes amis, notre collègue Pactet, est né non loin d'ici, à Mont-sous-Vaudrey, et j'ai eu l'honneur de connaître son père, une des grandes figures de ce pays, où il exerça la médecine pendant plus de 50 ans.

Nous nous rappelons le temps, Pactet et moi, où nous étions à la Pitié tous les deux, séparés par un étage, lui chez Brouardel, avec comme interne Gilbert, moi chez Cornil, avec Chantemesse interne médaille d'or. Je vois encore la tête romantique de Brissaud, qui préparait alors le bureau central.

Et, depuis ce temps, nous ne nous sommes guère séparés, partageant les mêmes joies, souffrant des mêmes peines, évoquant les mêmes souvenirs.

Nous sommes entrés ensemble dans la carrière des asiles, et je me souviens du temps où, à la clinique de Sainte-Anne, Pactet, dont la valeur n'a d'égale que la modestie, guidait les pas encore incertains des neurologistes éminents que, de mon côté, j'avais connus à la Salpêtrière, agrégés, professeurs chargés de titres, dont nous parlait Meige hier et que le hasard des destinations officielles avait dirigés dans la voie de la médecine mentale.

Nous étions ensemble à la Rochelle, avec Klippel, avec Briand, et j'entends encore Brissaud nous proposer, en nous demandant de l'appuyer, la fusion de la neurologie et de la psychiatrie dans un même congrès.

Il me plaît d'évoquer ces souvenirs dans le pays même de

Pactet, conseiller général du Jura, rapporteur de cet asile de Saint-Ylie où se sont succédé Foville, Sizaret père, Bécoulet, Chaussinand, Samuel Garnier, Jules Sizaret, Journiac, Santenoise, Desruelles, pour ne citer que ceux-là.

Si je connais votre pays, je connais aussi votre hospitalité et vos vins. Je n'en dirai rien, vous avez été à même de les apprécier au cours du repas somptueux que nous offre l'asile de Saint-Ylie. Mes fonctions de président et la nécessité de faire ce discours, plus que la crainte de passer pour un toxicomane, m'ont empêché d'y faire honneur autant que je l'aurais voulu. Mais je voulais pouvoir remercier M. le docteur Bierry, directeur de l'asile, de toute la peine qu'il a prise pour bien nous recevoir et lui adresser en même temps tous nos compliments pour l'excellence de sa chère et de ses crus.

Je dois aussi remercier le conseil général de la largesse qu'il a déployée pour permettre d'organiser cette magnifique réception, et M. le maire de Dôle, qui a bien voulu nous offrir l'hospitalité.

Je vous propose de lever votre verre en l'honneur de M. le docteur Guillemaut, préfet du Jura.

Le président porte ensuite des toasts à M. le docteur Bierry, à M. le docteur Santenoise, à M. le docteur René Charpentier, et termine ainsi :

Il me reste un devoir des plus agréables à remplir.

Notre distingué secrétaire général a été puissamment secondé dans sa tâche par Mme Santenoise, dont l'amabilité et la bonne grâce nous excuseront certainement pour la fatigue dont nous avons été la cause.

Je vous propose de lever votre verre en l'honneur de Mme Santenoise.

A l'issue du banquet eut lieu la visite de la ville de Dole, sous la conduite de M. Feuvrier, conservateur du musée d'archéologie, M. Feuvrier mérite les remerciements de tous pour la bonne grâce avec laquelle il a mis ses connaissances à la disposition des visiteurs pour leur faire admirer les curiosités archéologiques locales.

Après la visite de la ville, ce fut le tour de la maison de Louis Pasteur, où sont exposés, dans une sorte de musée les

appareils et les objets ayant appartenu au grand savant ; puis l'on se rendit à la statue de Pasteur, où M. le docteur Colin, au nom des congressistes, déposa pieusement une gerbe de fleurs, en disant : « Ici, pas de discours, des fleurs ! »

Dans la soirée, eut lieu le retour à Besançon.

⁂

Le lundi soir 6 août, à 17 heures, dans le hall de l'établissement, le conseil d'administration des Bains salins de la Mouillère avait convié les membres du congrès à une réception intime.

A la table présidentielle avaient pris place MM. Forien, les docteurs Colin, Santenoise, Dasse ; M. Siffert, adjoint au maire de Besançon.

M. Forien, président du conseil d'administration, prend le premier la parole. Il salue les invités au nom de la Compagnie des bains salins et des actionnaires. Après avoir rappelé la visite de M. Millerand, président de la République, qui a vanté les qualités comtoises, notamment la ténacité, M. Forien ajoute qu'un bel exemple de cette ténacité est celui donné par les actionnaires de la Compagnie, qui n'ont jamais touché un centime de dividende, mais espèrent que cela viendra un jour.

L'orateur se plaint des taxes nombreuses qui pèsent sur les stations thermales.

Pendant toute la durée de la guerre, dit-il, l'établissement est demeuré ouvert ; on y soignait des blessés. Le docteur Dasse, après deux blessures reçues au front, fut nommé médecin chef de l'hôpital du Casino, et, là, grâce à son activité, il a obtenu des résultats surprenants. En effet, 90 0/0 des blessés militaires qu'il a soignés sont partis complètement guéris.

M. Forien parle ensuite du traitement qui est donné à la Mouillère, et il termine en remerciant le bureau du congrès d'avoir bien voulu inscrire à son programme une visite à l'établissement des bains.

M. le docteur Dasse se défend de vouloir faire une conférence. Il dira seulement ce que sont les eaux de la Mouillère, ceux qu'on y traite et pourquoi on les y traite.

Les eaux salines de la Mouillère sont captées à Miserey et amenées directement par une canalisation jusqu'à Besançon. Ce sont les eaux salines les plus fortes d'Europe. Elles contiennent en effet 298 grammes d'éléments salins par litre.

Elles sont spécialement employées pour la guérison des enfants chétifs, lymphatiques, c'est-à-dire des gros enfants mous et aptes à contracter toutes les maladies ; enfin pour les scrofuleux.

M. le docteur Dasse dit qu'il a été frappé par les résultats obtenus chaque année sur ces enfants par les eaux salines de la Mouillère.

Il termine en déplorant la mode qui jette dans les stations thermales plus élégantes, quoique moins efficaces, un grand nombre de malades.

M. le docteur Colin, dans une spirituelle allocution, répond aux précédents orateurs. Si les Comtois, dit-il, sont tenaces, ils sont aussi modestes. En effet, en voyant le superbe établissement de la Mouillère, on constate qu'il ne mérite pas l'épithète de « petit » que les Bisontins lui donnent volontiers.

M. Colin félicite le docteur Dasse pour sa belle conduite au front et pour les heureux résultats qu'il a obtenus ici, auprès de ses malades. La conférence très documentée qu'il vient de faire sur les eaux de la Mouillère a été une analyse très complète de ces eaux, de leurs propriétés et de leurs effets.

L'orateur remercie le conseil d'administration de la très large hospitalité donnée aux congressistes, auxquels il a ouvert les portes de son Casino. Tous en emporteront un excellent souvenir, et, chaque fois que cela leur paraîtra salutaire, ils enverront leurs malades à Besançon.

A la fin de cette cordiale réception, des rafraîchissements circulèrent parmi l'assistance, et la soirée se termina par la visite de l'établissement, sous la conduite de M. le docteur Dasse.

⁂

Le mardi 7 août, dernière journée du Congrès, fut consacré en entier à une excursion dans les montagnes du Doubs. A 7 heures du matin, les auto-cars de la Compagnie P.-L.-M., partant de Besançon, emmenaient une nombreuse caravane ;

on parcourut successivement Ornans, Mouthier, Hautepierre, Source de la Loue, la Vrine, Gilley, les Arces, Morteau, Villers-le-Lac, pour arriver à 11 heures aux Bassins et Saut du Doubs. Après une visite des bassins en canots automobiles, eut lieu le déjeuner à Villers-le-Lac. Le retour se fit par Morteau, la Roche du Prêtre, Consolation, Gigot, la Vallée de la Réverotte, Pierrefontaine et la Grâce-Dieu, pour rentrer à Besançon à 7 heures du soir.

Au cours de ce trajet de 170 kilomètres, à travers combes et cluses, les congressistes purent admirer les paysages les plus caractéristiques des Monts Jura, à la beauté desquels le soleil donnait alors tout son éclat.

⁂

Dans une chronique vivante et pittoresque, notre collègue M. Courbon a caractérisé le Congrès de Besançon en disant qu'il fut « le Congrès de la franchise et de l'amitié ».

C'est sur ce témoignage que nous terminerons ce compte rendu.

MEMBRES ADHÉRENTS

Dr Abadie (Jean), Professeur à la Faculté de Médecine, 3, rue des Trois-Conils, Bordeaux.

Dr Adam (Aloyse), Médecin-directeur de l'asile St-Georges, Bourg (Ain).

Dr Adam (Frantz), Médecin-chef de l'asile de Rouffach (Haut-Rhin).

Dr Allamagny, Médecin-directeur de la Maison de Santé de Passy, 17, rue Berton, Paris.

Dr Ameline, Directeur-médecin de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).

Dr André-Thomas, Président de la Société de Neurologie, 17, rue Quentin-Bauchard, Paris.

Dr Anglade, Médecin-chef de l'asile d'aliénées de Château-Picon, Bordeaux (Gironde).

Dr Antheaume (André), Médecin-directeur du Sanatorium de la Malmaison, à Rueil, Paris, 6, rue Scheffer (16e).

Dr Arman (Sisto), Médecin-chef de l'asile d'aliénés, Oviedo (Espagne).

Dr Arnaud (F.-L.), Médecin-directeur de la Maison de Santé de Vanves (Seine), 2, rue Falret.

Dr Artur (René), Médecin psychiatre de la Marine, Hôpital Maritime, à Brest.

Dr Aubry, Médecin-chef de l'Asile de Maréville, près Nancy.

Dr Aymès (G.), Chef de Clinique des maladies nerveuses à l'Ecole de Médecine, 3, rue Saint-Dominique, Marseille.

Dr Baigue (M.), 23, Grande-Rue, Besançon.

Dr Barré (Jean-Alexandre), Professeur de Neurologie à la Faculté, 36, rue de la Forêt-Noire, Strasbourg.

Dr Behague (Pierre), Chef de laboratoire à la Salpêtrière, 1, rue de Villersexel, Paris (7e).

Dr Bériel, Médecin des Hôpitaux, 18, rue du Bât-d'Argent, Lyon.

Dr Bérillon, Médecin-inspecteur des asiles de la Seine, directeur de la *Revue de Psychologie appliquée*, 4, rue Castellane; Paris (8e).

D Bierry, Directeur de l'asile de Saint-Ylie (Jura).
D' Billet (Jacques), Médecin-directeur de la Maison de Santé Rech, Montpellier.
D' Bing (Robert), Professeur à l'Université, Wallstrasse, I, Bâle (Suisse).
D' de Block (Léon), Médecin légiste aliéniste du Parquet, Médecin de l'asile de Volière, Boulevard Frère-Orban, 23, Liège (Belgique).
D' Bon (Henri), Directeur de la Clinique médicale d'Arguel, 123, Grande-Rue, Besançon.
D' Borel (Ed.), Médecin-directeur de l'Hospice cantonal de Perreux-s.-Boudry, canton de Neuchâtel (Suisse).
D' Boven (William), Privat-docent de Psychiatrie à l'Université de Lausanne, 29, avenue de la Gare, Lausanne (Suisse).
D' Briand (Marcel), Médecin-chef honoraire de l'Asile Clinique, 67, Boulevard des Invalides, Paris (7e).
D' Brissot (Maurice), Directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Rouffach (Ht-Rhin).
D' Brunschweiler (Hermann), 6, place St-François, Lausanne (Suisse).
D' Brunschwig (Charles), Médecin-chef de l'Hospice départemental du Doubs, 64, Grande-Rue, Besançon.
D' Buffet (Lucien), Médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Ettelbrück (Grand-Duché de Luxembourg).
D' Bussard (Edouard), Médecin-directeur de l'Etablissement physiothérapique de Bellevue, 8, avenue Mélanie, Bellevue (Seine-et-Oise).
D' Caillods, 17, rue des Granges, Besançon.
D' Callet (A.), La Métairie, Nyon (Suisse).
D' Calmels, Conseiller Général de la Seine, 22, avenue des Gobelins, Paris (5e).
D' Carrier (Henri), Directeur de la Maison de Santé de St-Vincent-de-Paul, route de Vienne, 144, Lyon (Rhône).
D' Castin (Paul), Directeur-médecin de l'asile des aliénés de Dijon.
D' Chaintre (Armand), Chirurgien de l'Hôpital de Dôle et de l'asile de St-Ylie, rue Dusillet, Dole.
D' Charpentier (René), Ancien chef de Clinique de la Faculté de Paris, médecin-directeur de la Maison de santé, 6, boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine.
D' Charon, Médecin-directeur de l'Etablissement départemental de Dury-les-Amiens (Somme).

Dr Chaton (Marcel), Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine, 4, rue Granvelle, Besançon.

Dr Chavelet, 39, Grande-rue, Besançon.

Dr Chavigny (Paul), Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Dr Chocréaux (Georges), Médecin en chef, Maison de Santé de Lommelet, par St-André-lez-Lille (Nord).

Dr Christoffel (Hans), Membre de la Société suisse de Psychiatrie, Albauvorstadt, 42, Bâle (Suisse).

Dr Colin (Henri), Médecin en chef de l'asile Clinique, 1, rue Cabanis, Paris (14e).

Dr Collet (Georges), Médecin-directeur de la Clinique médicale, 6, Avenue des Marronniers, à Fontenay-sous-Bois (Seine).

Dr Combemale (Pierre), Professeur-agrégé, chef de clinique psychiatrique, 93, rue d'Esquermes, à Lille.

Dr Courbon (Paul), Médecin chef de l'asile de Stéphansfeld, par Brumath (Bas-Rhin).

Dr Courjon (Jean), Directeur de l'Etablissement médical de Meyzieu (Isère).

Dr de Craene (Ernest), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bruxelles, Vice-président de la Société de Médecine Mentale, 4, rue Watteeu, à Bruxelles (Belgique).

Dr Crocq (Jean), Professeur de psychiatrie à l'Université de Gand, 62, rue Joseph II, Bruxelles (Belgique).

Dr Crouzon (O.) Médecin-chef de service à la Salpêtrière, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris (16e).

Dr Cullerre (Alexandre), Directeur-médecin honoraire des asiles d'aliénés, 14, rue de Bouillé, Nantes.

Dr Daday (Pierre), Directeur-médecin de l'asile d'Evreux.

Dr Dardel (Maurice), Médecin de la Clinique du Chanet, Neuchâtel (Suisse).

Dr Dasse, 8, rue de Vittel, Besançon.

Dr Delmas, Médecin-directeur de la Maison de Santé d'Ivry-sur-Seine, 23, rue de la Mairie.

Dr Deny, 18, rue de la Pépinière, Paris.

Dr Desruelles (Maurice), Médecin-chef de l'asile de Saint-Ylie (Jura).

Dr Druhen (Maxime), 74, Grande-rue, Besançon.

Dr Dubois (Charles), Membre correspondant étranger de la Société de Neurologie de Paris, 20, Falkenhöheweg, Berne (Suisse).

Dr Ducos (Armel), Médecin-chef de l'asile d'aliénés de Cadillac (Gironde).

Dr Dupain (J.-M.), Médecin en chef honoraire des asiles de la Seine, Président de la Société Clinique de Médecine mentale, 5, boulevard St-Michel, Paris (Ve).

Dr Dupouy (Roger), 15, villa du Bel-Air, Paris (XIIe).

Dr Duvernoy, Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine, 19, Grande-rue, Besançon.

Dr Etienne (Georges), Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy, 32, faubourg St-Jean, Nancy.

Dr Euzière (J.), Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, chemin de Pioch-Boutonnet, villa de Baichis, Montpellier.

Dr Famenne (Paul), Directeur de l'Institut pour maladies nerveuses, Le Mémabile, à Florenville (Belgique).

Dr Farez (Paul), Médecin-inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés, 3, rue La Boëtie, St-Augustin, Paris (8e).

Dr Fillassier (Alfred), Médecin-directeur de la Maison de Santé du Château de Suresnes (Seine).

Dr Flournoy (Henri), Privat-docent à la Faculté de Médecine, 6, rue de Monnetier, Genève.

Dr Forman (Joseph), Secrétaire du Collège Médical, 1, rue Aldringer, Luxembourg.

Dr Fouque (Victor), Médecin des asiles publics, asile de Pierrefeu (Var).

Dr Frankhauser (Charles), Médecin-directeur de l'asile de Stéphansfeld (Bas-Rhin).

Dr Froment (J.), Professeur agrégé à la Faculté, médecin des Hôpitaux, 25, rue Godefroy, Lyon.

Dr Garnier (Paul), Médecin du Sanatorium St-François Villa des Platanes, Zoug (Suisse).

Dr Gauducheau (René), ancien interne des Hôpitaux de Paris, membre de la Société de Neurologie de Paris, 35, rue Jean-Jaurès, à Nantes.

Dr Gassiot (Georges), Médecin-chef, asile de St-Yon, Saint-Etienne-de-Rouvray (Seine-inférieure).

Dr Gelma (Eugène), Chargé de cours à la Faculté de Médecine, 16, rue Apffel, Strasbourg.

Dr Genil-Perrin (Georges), Médecin des asiles de la Seine, 99, avenue de La Bourdonnais, Paris.

Dr Glorieux, Inspecteur général des Instituts pour enfants

anormaux, 215, avenue de Tervueren, Bruxelles (Belgique).

Dr Gommès (Marcel), ancien chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris, 6, rue Parrot, Paris.

Dr Graeter (Charles), Spécialiste pour Psychothérapie, Birmannsgasse, 48, Bâle (Suisse).

Dr Guisan (Pierre), Médecin neurologue, St-François, 1, Lausanne.

Dr Haas (Lucien), Médecin-assistant, Maison de Santé de Hoerdt (Bas-Rhin).

Dr Hamel (Jacques), Médecin-chef de service de l'asile de Maréville, près Nancy.

Dr Hartenberg (Paul), 64, rue de Monceau, Paris (8e).

Dr Henry (Marthe), 6, rue Wurtz, Paris (13e).

Dr Hesnard, Professeur à l'École de Médecine navale, Bordeaux.

Dr Heuyer, Médecin-adjoint de l'Infirmerie Spéciale près la Préfecture de Police, 74, boulevard Raspail, Paris (VIe).

Dr Hoedemakers, Médecin-assistant à l'asile-dépôt de Bruxelles, 11, avenue Michel-Ange, Bruxelles (Belgique).

Dr d'Hollander (Fernand), Professeur de Psychiatrie, rue Vital-Decoster, Louvain (Belgique).

Dr Jacquin (G.), Médecin-chef à l'asile Ste-Madeleine, à Bourg (Ain).

Dr Jouvelet, 4, rue Augustin-Cournot, à Gray (Hte-Saône).

Dr Jude, Professeur au Val-de-Grâce, 277 *bis*, rue St-Jacques, Paris.

Dr de Kerdrel, à Paladru (Isère).

Dr Klippel, 63, boulevard des Invalides, Paris.

Dr Ladame (Charles), Médecin de l'Asile de la Rosegg, Soleure (Suisse).

Dr Lagrange, Médecin-chef de l'asile des aliénés de Poitiers, 66, rue Renaudot, Poitiers.

Dr Laignel-Lavastine, Professeur agrégé de la Faculté de Médecine, 12 *bis*, place Laborde, Paris (VIIIe).

Dr Lalanne, Médecin-chef de l'asile de Maréville, près Nancy.

Dr Lalanne (Gaston), Médecin-directeur de la Maison de Santé du Castel-d'Andorte, Le Bouscat (Gironde).

Dr Lallemant (Ernest), Directeur-médecin en chef honoraire des asiles de la Seine-inférieure, Mesnilville, par St-Clair-sur-Elle (Manche).

Dr Lanne (Elie), Médecin-Inspecteur, Directeur du Service de Santé du 4e Corps d'Armée, Le Mans.

Dr Ledoux (Eugène), professeur à l'Ecole de Médecine, 74, Grande-rue, Besançon.

Dr Legrain (Paul-Maurice), Médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine).

Dr Lépine (Jean), Doyen de la Faculté de Médecine, 1, place Gailleton (Lyon).

Dr Lerat, Médecin-chef de l'asile de Lafond, près la Rochelle.

Dr Léri, Professeur agrégé de la Faculté de Médecine, médecin de l'Hôpital Cochin, Paris.

Dr Le Savoureux (Henri), Médecin des Asiles, La Vallée aux Loups, 87, rue de Châteaubriant, Châtenay (Seine).

Dr Levet, Médecin-directeur de l'asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre).

Dr Ley (Auguste), Professeur de Psychiatrie à l'Université de Bruxelles, 9, Avenue Fond-Roy, Uccle-Bruxelles (Belgique).

Dr Logre, 18, rue La Condamine, Paris (17e).

Dr Long (Edouard), Professeur à la Faculté de Médecine, 15, boulevard Helvétique, Genève.

Mme Long-Landry (Marie), ancien chef de Clinique adjoint à la Salpêtrière, 15, boulevard Helvétique, Genève.

Dr Maere, 18, Place du Marais, Gand (Belgique).

Dr Maitre, 49, rue de Vesoul, Besançon-St-Claude.

Dr Maréchal (E.), Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine, Inspecteur départemental d'Hygiène, Besançon.

Dr Massaut (Joseph), Médecin-directeur de la Colonie d'aliénés de Lierneux (Belgique).

Dr de Massary (Ernest), Médecin des Hôpitaux de Paris, 59, rue de Miromesnil, Paris.

Dr Mathieu (Pierre), Professeur agrégé de la Faculté de Médecine, 38, place de la Carrière, Nancy.

Dr Maupaté, Directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Fains, Fains-les-Sources (Meuse).

Dr Meige (Henry), Secrétaire général de la Société de Neurologie, 35, rue de Grenelle, Paris.

Dr Mercier, Médecin-chef de l'asile d'aliénés de Pierrefeu (Var).

Dr Meuriot (Henri), Directeur de la Maison de Santé de Passy, 17, rue Berton, Paris (16e).

Dr Mézie (André), Médecin-directeur de la Maison de Santé de Sarreguemines (Moselle).

Dr Minkowski (Eugène), 2, square Delambre, Paris (14e).

Dr Mirallié (Charles), Directeur de l'Ecole de Médecine, 11, rue Copernic, Nantes.

Dr Molin de Teyssieu (Gérard), rue Blanc-Dutrouille, 14, Bordeaux.

Dr Monestier, Médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Pau (Basses-Pyrénées).

Dr de Montet (Charles), Privat-docent à l'Université de Lausanne, 10, Quai de la Veveyse, Vevey (Suisse).

Dr Morat (Daniel), Médecin-directeur de la Clinique Neurologique de Saint-Cloud, 2, avenue Pozzo di Borgo (Seine-et-Oise).

Dr Morel (André), Médecin-directeur de la Maison de Santé de Préfargier, canton de Neuchâtel (Suisse).

Dr Naville (François), Privat-docent à la Faculté de Médecine, 8, rue St-Léger, Genève.

Dr Nayrac (P.), Moniteur de Clinique psychiatrique, 93, rue d'Esquermes, Lille.

Dr Pactet, Médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine).

Dr Parant (Louis), Médecin de la Maison de Santé de Saint-Cyprien, 17, Allées de Garonne, Toulouse.

Dr Paris (Alexandre), Médecin en chef honoraire des asiles, 10, rue St-Lambert, Nancy.

Dr Paul-Boncour (Georges), Médecin en chef de l'Institut médico-pédagogique de Vitry, professeur à l'Ecole d'Anthropologie, 164, faubourg Saint-Honoré, Paris.

Dr Porot (A.), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 29, rue Mogador, Alger.

M. Poylo, Directeur administratif de la Maison de Santé départementale de la Seine-Inférieure, Sotteville-lès-Rouen.

Dr Prieur (Félix), Directeur de l'Ecole de Médecine de Besançon, 59, rue des Granges.

Dr Prince, Médecin-chef de l'asile de Rouffach (Ht-Rhin).

Dr Quercy (Pierre), Médecin-chef à l'asile d'aliénés de Rennes (Ille-et-Vilaine).

Dr Raviart (G.), Professeur de Clinique psychiatrique, 91, rue d'Esquermes, Lille.

Dr Rayneau (James-Alfred), Directeur-médecin de l'Etablissement psychothérapique du Loiret, Fleury-les-Aubrais (Loiret).

Dr REBOUL-LACHAUX (Charles), Médecin-Directeur-adjoint de la Maison de Santé de Sainte-Marthe, Marseille.

M. REBEILLARD, Conseiller général de la Seine, Paris.

Dr RENAUX (Jules-Pierre-Paul), Médecin-chef de service à l'asile départemental de Ste-Gemme-sur-Loire, près Angers.

Dr REPOND (André), Monthey, Valais, président de la Société suisse de psychiatrie.

Dr RIFAUX (Marcel), Châlon-sur-Saône.

Dr ROBERT (Jean), Directeur-médecin, asile d'Auch (Gers).

Dr ROGER (Henri), Professeur de Clinique Neurologique, agrégé des Facultés de Médecine, 66, boulevard Notre-Dame, Marseille.

Dr ROUSSY (Gustave), Professeur agrégé, 31, avenue Victor-Emmanuel, Paris (8e).

Dr SALVADOR (Vivès), Médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Salt, Salt-Gérona (Espagne).

Dr SAMBOLA-CASANOVAS (R.), Médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Salt, Salt-Gérona (Espagne).

Dr SANTENOISE (A.), Médecin-chef de l'asile de Saint-Ylie (Jura).

Dr SANTENOISE (Daniel), Médecin des asiles, chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris, 19, quai de Conti, Paris (6e).

Dr SAQUET (René), Médecin des asiles, asile de Blanche-Couronne, Savenay (Loire-inférieure).

Dr DE SAUSSURE (Raymond), Assistant à l'Asile de Céry Lausanne (Suisse).

Dr SCHNYDER (L.), Privat-docent à l'Université, 19, rue Daxelhofer, Berne (Suisse).

Dr SCHWARTZ (Léonard), 40, Schutzenmattstrasse, Bâle (Suisse).

Dr SEMELAIGNE (Louis-René), ancien interne des Hôpitaux, 59, boulevard de Montmorency, Paris (16e).

Dr SIMON, Médecin-chef de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).

Dr SIZARET (Jules), Médecin-chef de l'asile de Rennes (Ille-et-Vilaine).

Dr SOLLIER (Paul), 14, rue Clément-Marot, Paris (8e).

Dr TARRIUS (Jean), maison de Santé d'Epinay-sur-Seine, 6, avenue de la République, Epinay-sur-Seine.

Dr TATY (Théodore), La Tour de Salvagny, par Charbonnières (Rhône).

Dr Théobalt (Eugène), Médecin-Major, chef du laboratoire de bactériologie de la 7e Région, 41, avenue Carnot, Besançon.

Dr Tisserand (Gaston), 6, place du 4-Septembre, Besançon.

Dr Tissot, Médecin de l'asile de Caen, 15, rue Sadi-Carnot.

Dr Titeca (Raoul), Médecin-directeur du Sanatorium Sans-Souci, 51, rue du Congrès, Bruxelles (Belgique).

Dr Trénel, Médecin-chef de l'asile de Villejuif (Seine).

Dr Tysebaart (Jeanne), Médecin-adjoint du Laboratoire d'Anthropologie pénitentiaire de la prison de Forest, Bruxelles (Belgique).

Dr Ulmann, 7, rue de Belfort, Besançon.

Dr Vallon, Médecin honoraire de l'asile Ste-Anne, 15, rue Soufflot, Paris.

Dr Velter (E.), Professeur agrégé, ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris, 38, avenue du Président-Wilson, Paris.

Dr Vermeylen (Guy), Médecin de la Section pour Enfants anormaux à la Colonie de Gheel, 122, Passhaat-Gheel (Belgique).

Dr Vernet (Georges), Médecin-directeur de l'asile de Beauregard, Bourges (Cher).

Dr Vervaeck (Paul), Directeur du Service d'Anthropologie pénitentiaire de Belgique, 35, rue Verhulst, Uccle, Bruxelles.

Dr Viel, Médecin-chef de service, asile d'aliénés de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).

Dr Vieux (Numa), Etablissement de Divonne (Ain).

Dr Vinchon (Jean), ancien chef de Clinique adjoint à la Faculté, 15, rue Jeanne-d'Arc, Saint-Mandé (Seine).

Dr Voïtachevski (Pierre), Médecin-directeur à l'asile de Marsens, canton de Fribourg (Suisse).

Dr Voivenel (Paul), 18, rue de la Dalbade, Toulouse (Hte-Garonne).

Dr Vullien (R.), Chef de laboratoire de la Clinique psychiatrique, 93, rue d'Esquermes, Lille.

Dr Welter (Eloi), Médecin-chef de service à l'asile d'Ettelbrück, Grand-Duché de Luxembourg.

Dr Zwick (K.-G.), Membre de la Société suisse des Neurologistes, Bâle (Suisse).

MEMBRES ASSOCIÉS

Mme Adam (Frantz), Rouffach (Haut-Rhin).
M. Arnaud (Robert), Etudiant en médecine, Vanves (Seine),
Mlle Arnaud (Marguerite), Vanves (Seine).
Mme Aymès (G.), Marseille.
M. Bauer, Interne en médecine à Stéphansfeld (Bas-Rhin).
M. Bedel du Tertre.
Mme Brissot (Maurice), Rouffach (Haut-Rhin).
Mme Bussard (Edouard), Bellevue (Seine).
Mme Calmels, Paris.
Mlle Cochart (Andrée), Paris.
M. Cochard (Marcel), Reims.
Mme Colin (Henri), Paris.
M. Colin, Paris.
Mlle Collet (Georgette), Fontenay-sous-Bois (Seine).
Mlle Collet (Sylvie), Fontenay-sous-Bois (Seine).
Mme de Craene (Ernest), Bruxelles (Belgique).
Mme Desruelles (Maurice), Saint-Ylie (Jura).
Mlle Dupain (Jeanne), Paris.
Mlle Dupré (Rolande), Paris.
Mme Etienne, Nancy.
Mme Gauducheau (René), Nantes.
Mme Jude, Paris.
Mme Lallemant (Ernest), Mesnilville (Manche).
M. Lallemant (Maurice), Etudiant en médecine, Paris.
Mme Lallemant (Maurice), Paris.
Mme Logre, Paris.
Mme de Massary, Paris.
Mlle de Massary (Nicole), Paris.
Mme Meige (Henry), Paris.
Mme Mézie (André), Sarreguemines (Moselle).
Mme Molin de Teyssieu, Bordeaux (Gironde).
Mme Parant (Louis), Toulouse (Haute-Garonne).
Mme Paul-Boncour, Paris.
Mme Poutou, Paris.
M. Péron (Noël), Interne des Hôpitaux de Paris.
Mme Poylo, Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure).

Mme Rayneau, Fleury-les-Aubrais (Loiret).
Mme Repond, Monthey, Valais (Suisse).
Mme Santenoise (A.), Saint-Ylie (Jura).
Mme de Saussure (Raymond), Céry près Lausanne (Suisse).
Mlle Scribe (Suzanne), Paris.
Mlle Semelaigne (Françoise), Paris.
Mlle Semelaigne (Renée), Paris.
Mlle Sizaret (Paulette), Rennes (Ille-et-Vilaine).
Mme Saquet, Savenay (Loire-Inférieure).
Mlle Saquet, Savenay (Loire-Inférieure).
M. Titeca (Jean), Etudiant, Bruxelles (Belgique).
M. Valence (Robert), Interne des Hôpitaux, La Salpêtrière, Paris.
Mme Vervaeck (Louis), Uccle, Bruxelles (Belgique).
M. Vervaeck (Paul), Etudiant en médecine, Uccle, Bruxelles (Belgique).
Mme Weill (I.), 4 *bis,* rue Gustave-Zédé, Paris.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Allier. — Asile d'aliénés de Sainte-Catherine d'Yseure.
Aveyron. — Asile d'aliénés de Rodez.
Bas-Rhin. — Maison de Santé de Hoerdt.
Bas-Rhin. — Asile public d'aliénés de Stéphansfeld.
Bouches-du-Rhône. — Asile public d'aliénés de Marseille.
Charente. — Asile d'aliénés de Breuty-la-Couronne.
Cher. — Asile d'aliénés de Beauregard, Bourges.
Dordogne. — Asile d'aliénés de Vauclaire, à Mont-sur-l'Isle.
Eure. — Maison de Santé de Navarre, Evreux.
Finistère. — Asile d'aliénés de Quimper.
Gers. — Asile d'aliénés d'Auch.
Gironde. — Asile public d'aliénés de Château-Picon, Bordeaux.
Haut-Rhin. — Asile d'aliénés de Rouffach.
Haute-Marne. — Asile d'aliénés de Saint-Dizier.
Haute-Vienne. — Asile d'aliénés de Naugeat.
Ille-et-Vilaine. — Asile d'aliénés de Rennes.

JURA. — Asile d'aliénés de Saint-Ylie, près Dole.
LANDES. — Asile d'aliénés de Mont-de-Marsan.
LOIR-ET-CHER. — Maison de Santé Départementale de Blois.
LOIRET. — Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais.
MARNE. — Asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne.
MAYENNE. — Maison de Santé de la Mayenne.
MEURTHE-ET-MOSELLE. — Asile d'aliénés de Maréville, près Nancy.
MEUSE. — Asile d'aliénés de Fains.
MOSELLE. — Asile d'aliénés de Sarreguemines.
PAS-DE-CALAIS. — Asile public d'aliénés de Saint-Venant.
OISE. — Asile d'aliénés de Clermont.
RHÔNE. — Asile d'aliénés de Bron.
SEINE. — Asile Clinique Ste-Anne.
SEINE. — Asile d'aliénés de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge.
SEINE. — Asile d'aliénés de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne.
SEINE. — Asile d'aliénés de Villejuif.
SEINE. — Asile agricole de Chezal-Benoît (Cher).
SEINE. — Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).
SEINE. — Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).
SEINE. — Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice.
SOMME. — Asile d'aliénés de Dury-lès-Amiens.
VAUCLUSE. — Asile d'aliénés de Montdevergues.
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG. — Maison de Santé d'Ettelbrück.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

I. — Préliminaires

II

III. — Discussion des Rapports

IV. — Communications

V

Cahors, Imprimerie Coueslant (*personnel intéressé*). — 29.263